Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

QUALITÄT UND SICHERSTELLUNG

in der ambulanten medizinischen Versorgung in M-V

Berichtsjahr 2021 I Ausgabe 2022

Inhaltsverzeichnis

Ambulante vertragsärztliche Versorgung 6

Zahlen und Fakten 6
Fördermaßnahmen der KVMV zur Gewinnung von Haus- und Fachärzten 9
Nachwuchsgewinnung und Nachwuchsförderung 12
Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVMV.....13

Ambulante Qualitätssicherung 15

Ablauf eines Genehmigungsverfahrens und dessen Folgeverpflichtungen 16
Aktuelles von der Bundesebene 17
Neuerungen im Überblick 17
Bundesweit geltende Qualitätssicherung-Vereinbarungen und -Richtlinien 20
Geschäftsstelle Qualitätssicherung und Qualitätssicherungskommissionen 21
Übersicht Kommissionen 22
Aus der Kommissionsarbeit 23
Qualitätssicherung in Zahlen und Fakten 25
Abklärungskolposkopie 25
Akupunktur 25
Ambulantes Operieren 26
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren 26
Arthroskopie 27
Balneophototherapie 28
Botoxbehandlung 28
Blutreinigungsverfahren/Dialyse 28
DMP 29
Spezialisierte geriatrische Diagnostik 29
Histopathologie Hautkrebs-Screening..... 30
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen 30
Hörgeräteversorgung 31
Hörgeräteversorgung – Kinder 32
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom 32
Interventionelle Radiologie 32
Intravitreale Medikamenteneingabe 33
Invasive Kardiologie 34
Kapselendoskopie – Dünndarm 35
Koloskopie 35
Spezial-Labor 36
Langzeit-EKG-Untersuchungen 37

Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom 37
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III 37
Magnetresonanz-/Kernspintomographie 38
Magnetresonanz-Angiographie 39
Mammographie (kurativ) 40
Mammographie-Screening 40
Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA) 40
Molekulargenetik 41
Neuropsychologische Therapie 41
Onkologie 41
Otoakustische Emissionen 42
Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung 43
PET und PET/CT 43
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund 43
Phototherapeutische Keratektomie 43
Rhythmusimplantat-Kontrolle 44
Schlafbezogene Atmungsstörungen 45
Schmerztherapie 46
Sozialpsychiatrie 46
Soziotherapie 47
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen 47
Strahlendiagnostik/-therapie 47
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger 49
Ultraschalldiagnostik 50
Vakuumbiopsie der Brust 52
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri 53

Glossar 54

Ansprechpartner 60

IMPRESSUM

Herausgeber
Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,
Körperschaft des öffentlichen Rechts,
Neumühler Straße 22, 19057 Schwerin,
Internet: www.kvmv.de

Redaktion
Geschäftsbereich Qualitätssicherung,
Anette Winkler (V.i.S.d.P.),
Kirsten Martensen,
Telefon: 03 85.74 31 243, Fax: 03 85.74 31 66243,
E-Mail: qual-sicherung@kvmv.de

Layout und Satz
Abteilung KV-Medien und Kommunikation,
Karen Obenauf

Grafiken
Kassenärztliche Vereinigung M-V

Kartengrundlage
© Lutum+Tappert
© Kassenärztliche Vereinigung M-V

Bildnachweis
© Kassenärztliche Vereinigung M-V

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2021 war für fast jeden von uns durch erhebliche Herausforderungen geprägt. Wenngleich in allen Bereichen des Alltags außerordentliche Maßnahmen notwendig waren, haben die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten über diese Zeit in bemerkenswerter Weise die Versorgung der Bevölkerung den aktuellen Erfordernissen angepasst. Damit hat der ambulante Bereich als unverzichtbarer Bestandteil des Gesundheitswesens seine Leistungskraft und Anpassungsfähigkeit nachdrücklich bewiesen. Die vielfältigen zusätzlichen Leistungen – hier sind exemplarisch zum Beispiel die in hohem Maße erbrachten Schutzimpfungen gegen Covid 19 zu nennen – sollen an dieser Stelle besonders erwähnt werden. Neben der täglichen regulären Praxistätigkeit haben unsere Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2021 rund 1,4 Millionen Corona-Impfungen verabreicht, oft in zusätzlichen Sprechstunden oder an Wochenenden. Und trotz dieser vielen Herausforderungen und Veränderungen gab es keine Einschränkungen in der Qualität der Versorgung – dafür an dieser Stelle an alle unsere Mitglieder – Ärzte und Psychotherapeuten – ein großes Dankeschön.

In Bezug auf die Qualitätssicherungsmaßnahmen sind wir 2021 annähernd wieder zum Versorgungsalltag wie vor der Corona-Pandemie zurückgekehrt – wenn auch die eine oder andere Kommissionssitzung im Online-Verfahren stattfinden musste oder die anstehenden Qualitätsprüfungen in Hausarbeit erledigt wurden. Qualitätssicherungsmaßnahmen weitestgehend umzusetzen und damit die Qualität der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu prüfen und zu sichern, ist weiterhin eine der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV). Dazu braucht es natürlich auch Engagement und Flexibilität seitens unserer ärztlichen Kommissionen. Daher danken wir auch an dieser Stelle allen Mitgliedern der Kommissionen für ihr Engagement.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir freuen uns, Ihnen nunmehr den druckfrischen Qualitätsbericht 2021 der KVMV vorzulegen. Dieser Bericht stellt einerseits die tagtäglichen Leistungen und den hohen Qualitätsstandard zur Sicherung, Verbesserung und zum Ausbau der Qualität der Patientenversorgung im Bereich der niedergelassenen, angestellten bzw. ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten während eines schwierigen Jahres dar. Andererseits spiegelt er auch die Kompetenz der KVMV und ihrer Mitglieder und deren Beitrag zu einem effektiven und qualitativ hochwertigen System wider.

Wir wünschen Ihnen eine interessante und informative Lektüre. Für Anregungen und Kommentare sind wir selbstverständlich offen. Bitte wenden sie sich bei Fragen gern an uns.

Axel Rambow
Vorstandsvorsitzender

Dipl.-Med. Jutta Eckert
Stellv. Vorstandsvorsitzende

Dipl.-Med. Angelika von Schütz
Stellv. Vorstandsvorsitzende

Ambulante vertragsärztliche Versorgung

Mit Einführung der Bedarfsplanung Anfang der 1990er-Jahre versuchte der Gesetzgeber, die steigenden Kosten der ambulanten Versorgung im Sinne des in der Sozialversicherung geltenden Wirtschaftlichkeitsgebotes zu begrenzen. Zur damaligen Zeit überstieg die Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte das nach Auffassung des Gesetzgebers zur Sicherstellung einer angemessenen und wohnortnahen Versorgung erforderliche Maß.
Durch die Demographie und den Wandel des ärztlichen Berufsbildes mit einer Zunahme von Anstellungsverhältnissen zulasten der freiberuflichen selbstständigen Tätigkeit in eigener Praxis und durch die mit gesetzgeberischem Willen forcierten MVZ-Strukturen in Händen von Großkonzernen reduzierten sich bis heute die Arztzahl und die ärztliche Arbeitszeit für Patienten. Daneben binden primär sicher gut gemeinte, aber weniger gut durchdachte gesetzgeberische Vorgaben immer mehr wertvolle Arbeitszeit der Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Etwas mehr als ein Viertel der Praxistätigkeit wird durch eine überbordende Bürokratie beansprucht. Weitere ärztliche Ressourcen gehen für die Behandlung der GKV-Patienten verloren, deren Morbidität und Altersdurchschnitt wiederum stetig zunehmen, sodass sowohl die Häufigkeit als auch der Aufwand ambulanter ärztlicher Behandlungen weiter steigen.

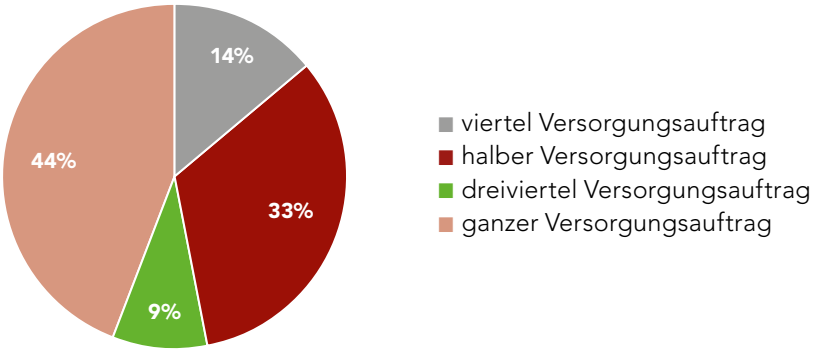
Zahlen und Fakten

Bei einer bundesweit zu geringen Zahl an humanmedizinischen Studienplätzen kommen nach Approbation und Facharztweiterbildung zudem immer weniger Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung an, die auch mit anderen ärztlichen Berufsfeldern – wie den Krankenhäusern oder der Pharmazie im In- und Ausland – konkurrieren. Seit vielen Jahren setzt sich die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) für eine signifikante Erhöhung der Anzahl humanmedizinischer Studienplätze in unserem Bundesland ein. Selbst gegenüber der eigens für die „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern" geschaffenen Enquete-Kommission wurde dieses Anliegen platziert, fand jedoch bei den dort beteiligten politischen Parteien und Kostenträgern keine Zustimmung. Da an der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte mit einer abgeschlossenen Facharztweiterbildung teilnehmen dürfen, dauert es regelmäßig mindestens zwölf Jahre, bis aus einem Studienanfänger eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt werden kann, wobei Kindererziehungszeiten oder andere Unterbrechungen noch nicht einmal berücksichtigt sind.

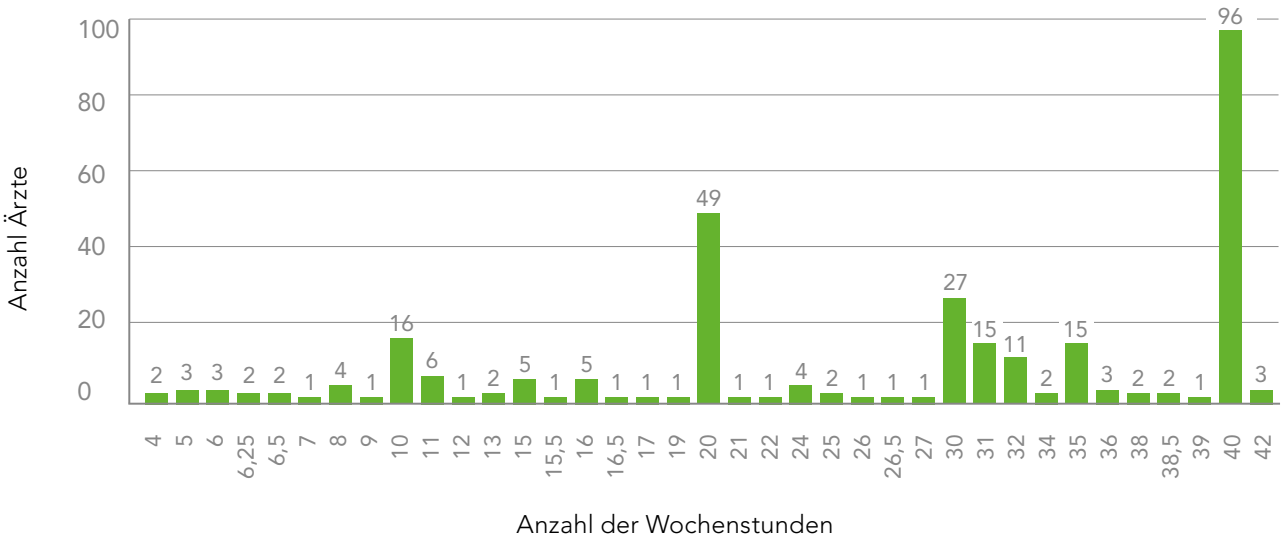
Die durchschnittliche Wochenstundenzahl, die einem niedergelassenen Vertragsarzt für die Versorgung der GKV-Versicherten zur Verfügung steht, erreichen angestellte Vertragsärzte schon aus Gründen des Arbeitszeitgesetzes nicht, das für selbstständig tätige Ärzte keine Anwendung findet. Die bereits erwähnte Bedarfsplanung sieht zudem für den Umfang vertragsärztlicher Anstellungsverhältnisse vier Anrechnungsfaktoren vor, die sich nach dem arbeitsvertraglich geschuldeten durchschnittlichen Wochenstundenumfang richten. Für bis zu 10 Wochenstunden wird ein viertel Versorgungsauftrag, für mehr als 10 bis zu 20 Wochenstunden ein halber Versorgungsauftrag, für mehr als 20 bis zu 30 Wochenstunden ein dreiviertel Versorgungsauftrag und für mehr als 30 Wochenstunden ein voller Versorgungsauftrag in der Bedarfsplanung gezählt. Während beispielsweise ein voller Versorgungsauftrag beim niedergelassenen Vertragsarzt mit regelmäßig 52 Wochenstunden zu Buche schlägt, sind es bei angestellten Vertragsärzten mit ebenfalls vollem Versorgungsauftrag mitunter nur 31 Wochenstunden, in denen die ambulante vertragsärztliche Versorgung sichergestellt wird, so entsteht hier bereits eine Differenz von 21 Wochenstunden.

Verteilung der Versorgungsaufträge auf angestellte Ärzte

(2021: 709 Ärztinnen und Ärzte)



Verteilung des Tätigkeitsumfangs über alle Fachgebiete in Stunden



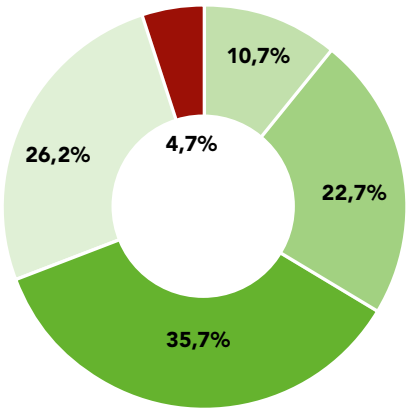
Dabei fehlt es grundsätzlich nicht an Interessenten für eine vertragsärztliche Tätigkeit, was nicht zuletzt das Bewerberaufkommen für die Studienplatzvergabe über die Landarztquote M-V zeigt. Im Jahr 2021, in dem das Auswahlverfahren zur Landarztquote erstmals in unserem Bundesland durch die KVMV als vom Land beauftragte Stelle durchgeführt wurde, konnten 31 Studienplätze der Humanmedizin an Bewerberinnen und Bewerber vergeben werden, die sich eine mehrjährige Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung in ländlichen und damit schlechter versorgten Gebieten in M-V vorstellen können. Für die Vergabe eines Studienplatzes an den beiden Landesuniversitäten in Rostock und Greifswald mussten die 137 Bewerberinnen und Bewerber vorab eine entsprechende vertragliche Verpflichtung gegenüber dem Land M-V eingehen.

Schaut man sich für das Berichtsjahr 2021 die Zahl der ambulant tätigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten an, wird eine deutliche Abweichung der Personenzahl zum bedarfsplanerischen Anrechnungsfaktor ersichtlich. Auf 3.183 Personen, die in eigener Praxis oder als Angestellte bei niedergelassenen Ärzten bzw. Psychotherapeuten oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung in M-V teilgenommen haben, kamen knapp 2.835 (volle) Versorgungsaufträge. Während davon ca. 925 Versorgungsaufträge auf 939 zugelassene Fachärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs entfielen (einschließlich Internisten ohne Schwerpunkt, aber ohne Pädiater), nahmen unter den angestellten Fachärzten des hausärztlichen Versorgungsbereichs insgesamt 242 Personen nur ca. 192 Versorgungsaufträge

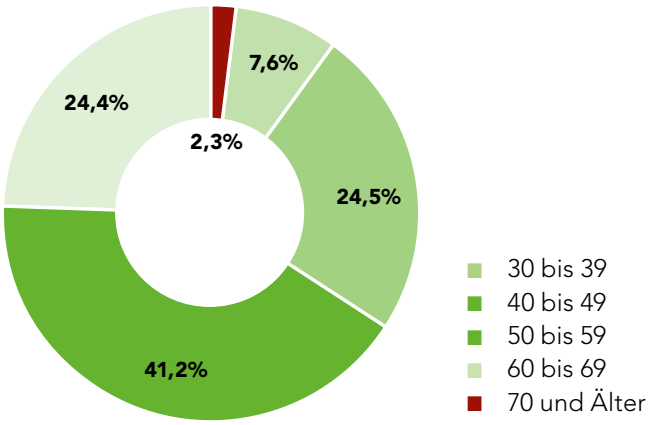
wahr. Deutlich größer ist der Unterschied zwischen Personenzahl und Anrechnungsfaktor bei den insgesamt 1.999 Fachärzten des fachärztlichen Versorgungsbereichs einschließlich der Psychotherapeuten. Von den in diesem Versorgungsbereich zugelassenen 1.504 Ärzten und Psychotherapeuten wurden knapp 1.367 und von den 495 angestellten Ärzten und Psychotherapeuten ca. 350 (volle) Versorgungsaufträge übernommen.

Auch die Altersstruktur der Fachärzte des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs lässt Rückschlüsse auf die weitere Entwicklung der ambulanten Versorgung zu. Mit Stand der Arztzahlen vom 31. Dezember 2021 sind ca. 30 Prozent der Fachärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs (ohne Pädiater) älter als 60 Jahre. Das Durchschnittsalter der Fachärzte für Allgemeinmedizin und der Praktischen Ärzte beträgt dabei 53,69 Jahre, das der hausärztlich tätigen Internisten 52,87 Jahre. Ähnlich verhält sich die Altersstruktur der Fachärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs, von denen ca. 25 Prozent das 60. Lebensjahr überschritten haben und bei denen das Durchschnittsalter 52,39 Jahre beträgt.

Altersverteilung Hausärzte



Altersverteilung Fachärzte



Fördermaßnahmen der KVMV zur Gewinnung von Haus- und Fachärzten

Insgesamt lässt sich aber hinsichtlich des Durchschnittsalters aller Fachärzte im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eine geringfügige Verbesserung feststellen, die nicht zuletzt auch den umfänglichen Beratungs- und Förderangeboten der KVMV geschuldet sein dürfte. Nachstehende Übersicht zeigt diese Fördermaßnahmen, die finanzielle Anreize sowohl für den ärztlichen Nachwuchs als auch für die niederlassungswilligen oder bereits tätigen Vertragsärzte beinhalten.

Sämtliche Aktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV), um die ambulante ärztliche Versorgung im Land zu sichern und zu verbessern:

1 **Maßnahmen zur Gewinnung zusätzlicher Ärzte für von Unterversorgung bedrohte Gebiete:**

- Gewährung von Investitionskostenzuschüssen bei Zulassung von Ärzten (10.000 Euro bis zu 75.000 Euro);
- Gewährung von Zuschüssen für die Anstellung von Ärzten bei Schaffung zusätzlich besetzter Arztstellen (bis zu 20.000 Euro);
- Gewährung von Investitionskostenzuschüssen bei der Gründung von Außenstellen/Zweigpraxen (5.000 Euro bis zu 20.000 Euro);
- Gewährung von Gehaltskostenzuschüssen für die Beschäftigung von Ärzten zur Vorbereitung auf die Praxisübernahme (2.000 Euro pro Monat für längstens zwölf Monate);
- Übernahme von Umzugskosten – z.B. bei Rückkehr von Ärzten aus dem Ausland oder bei Verlegung des Praxissitzes in einen unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Bereich (bis zu 2.500 Euro für private Umzugskosten und bis zu 10.000 Euro bei Praxisumzug);
- Durchführung des Bewerbungs- und Auswahlverfahrens nach dem Landarztgesetz bzw. der Landarztgesetzverordnung M-V (Landarztquote M-V).

2 **Maßnahmen zur Unterstützung von bereits niedergelassenen Ärzten in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten:**

- Übernahme von Kosten für die Kinderbetreuung und für die Beschäftigung von Entlastungsassistenten bei Erziehungszeiten oder Erkrankung;
- Zusatzzahlung bei Praxisausfall durch Mutterschaft (50 Euro pro Tag nach der Entbindung für insgesamt acht Wochen) für alle Ärztinnen und Psychotherapeutinnen, auch in den nicht von Unterversorgung bedrohten Gebieten und Fachgruppen;
- Gewährung von fallzahlabhängigen Sicherstellungszuschlägen;
- Neugestaltung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes einschließlich der Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern zur Entlastung der niedergelassenen Ärzte;
- Gewährleistung angemessener Honorierung, Aussetzung honorarbegrenzender Maßnahmen.

3 **Maßnahmen zur Verbesserung der Ansiedlung von Ärzten:**

- Umfassende Übersicht über die Möglichkeiten ärztlicher Tätigkeit in M-V im Internet, siehe: *www.kvmv.de* → Mitglieder → Niederlassung und Anstellung einschließlich Praxisbörse, Überblick über Beratungs- und Förderungsmöglichkeiten etc.;
- Zusammenarbeit mit den Kreisen, Ämtern, Gemeinden und Planungsverbänden zur Lösung von Versorgungsproblemen vor Ort und zur Behebung struktureller Defizite, die Ärzte von der Niederlassung abhalten – entsprechende Verträge für ein koordiniertes Vorgehen wurden mit dem Landkreistag und dem Städte- und Gemeindetag M-V abgeschlossen.

4 **Maßnahmen zur Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses:**

- 2009: Einrichtung einer Stiftungsprofessur für Allgemeinmedizin an der Universität Rostock;
- Finanzielle Förderung der Facharztweiterbildung in Gebieten der grundversorgenden Fachgebiete mit Gehaltskostenzuschüssen von mindestens 5.000 Euro pro Weiterbildungsmonat in einer ambulanten Praxis;

- Erstattung einer Aufwandspauschale für Vertragsärzte in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung für den Erhalt einer Weiterbildungsbefugnis von 1.000 Euro;
- Übernahme der anfallenden Lohnnebenkosten in den ersten Monaten der ambulanten Weiterbildung von maximal 1.000 Euro monatlich;
- Finanzielle Förderung von Famulaturen (Praktika) in Vertragsarztpraxen mit bis zu 600 Euro pro Studierendem;
- Übernahme der anfallenden Fahrtkosten der Studierenden zu Blockpraktika in Landarztpraxen;
- Finanzielle Förderung allgemeinmedizinischer Lehrpraxen der Universitäten Rostock und Greifswald;
- Gewährung einer finanziellen Unterstützung für Medizinstudierende im Praktischen Jahr in Kooperation mit der Landesregierung M-V (800 Euro bis zu 4.000 Euro je Tertial);
- Erstattung von Aufwendungen bei Kursteilnahme am 80-Stunden-Kurs im Rahmen der Facharztausbildung Allgemeinmedizin von 800 Euro, nach Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit in M-V;
- Erstattung von Aufwendungen bei Teilnahme am Kurs „Psychosomatische Grundversorgung" für niedergelassene Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung in Höhe von 800 Euro;
- Erstattung von Aufwendungen bei Teilnahme an der 40-stündigen Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für niedergelassene Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung in Höhe von 1.000 Euro (Ausnahme MKG-Chirurgie und Humangenetik);
- Erstattung der Aufwendungen für den Erwerb der Genehmigung zur Durchführung von Gruppentherapien für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in Höhe von 800 Euro;
- Förderung der Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung in Höhe von 1.000 Euro;
- Vorhaltung eines Referats „Weiterbildung/Verbundweiterbildung" zur Unterstützung und Koordination von Weiterbildungsstellen im stationären und ambulanten Bereich;
- Vereinbarung zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin mit einem Volumen von insgesamt 60.000 Euro jährlich, in Kooperation mit der Landesregierung M-V und der AOK Nordost;
- Errichtung eines Kompetenzzentrums Weiterbildung M-V mit den Universitäten des Landes, der KGMV und der Ärztekammer M-V im Oktober 2017;
- Regelmäßige Fortbildungsangebote für Ärzte in Weiterbildung, für niederlassungswillige Ärzte und neu niedergelassene Vertragsärzte;
- Finanzielle Unterstützung von Hospitationen in der ambulanten Versorgung für Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung (100 Euro pro Hospitationstag für max. fünf Tage);
- Initiierung eines Mentoring-Programmes für Niederlassungen in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung, bei der der Mentor eine Aufwandspauschale erhalten kann (1.000 Euro je Mentee, max. 3.000 Euro jährlich).

5

Maßnahmen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung

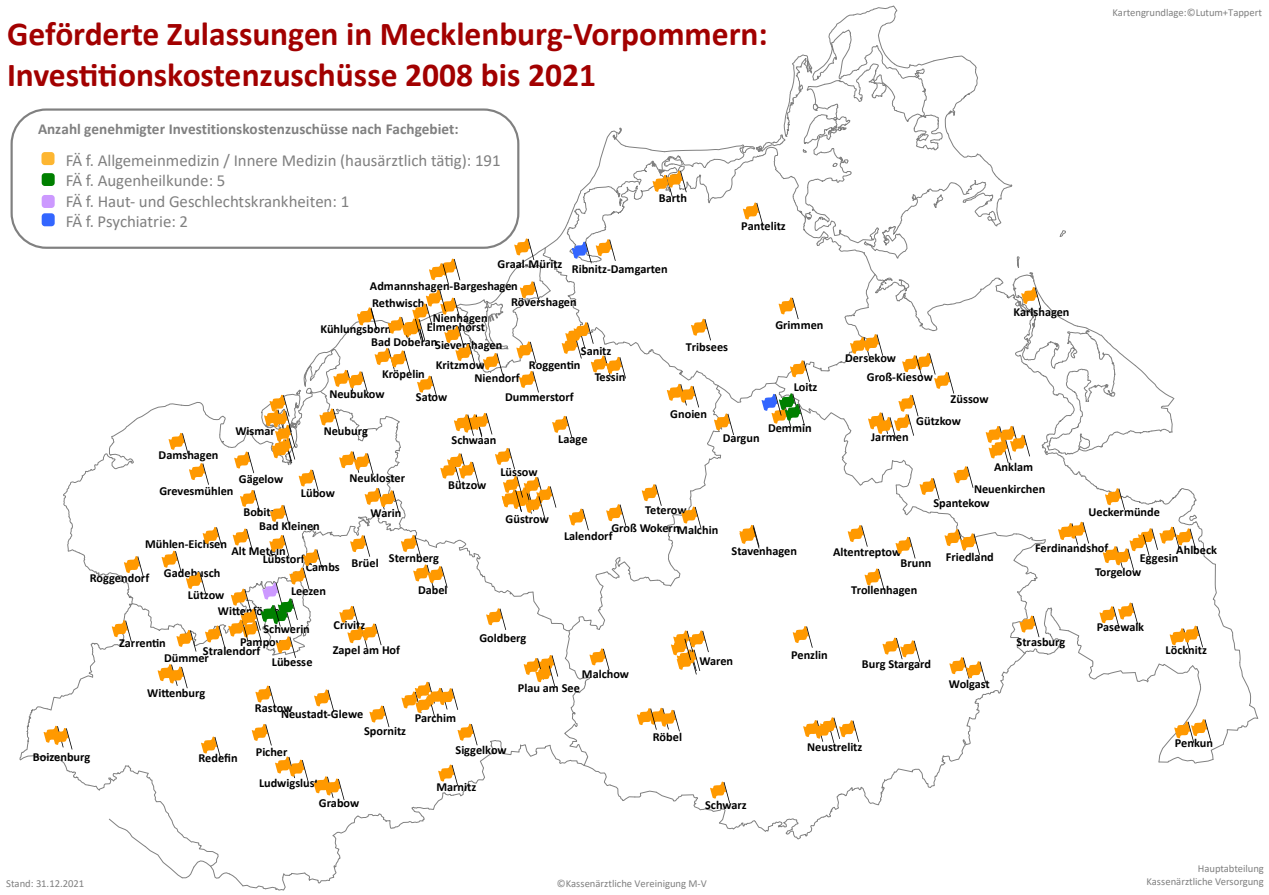
a) allgemein:

- Erstattung von Aufwendungen bei der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin von 1.000 Euro;
- Genehmigungen der Beschäftigung arztentlastender Praxisassistenten (VERAH/NäPa/Care-Qualifikation/Gerda), derzeit circa 400 Praxen/MVZ in M-V.

b) unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, durch Sonderverträge mit den Krankenkassen, unter anderem zur:

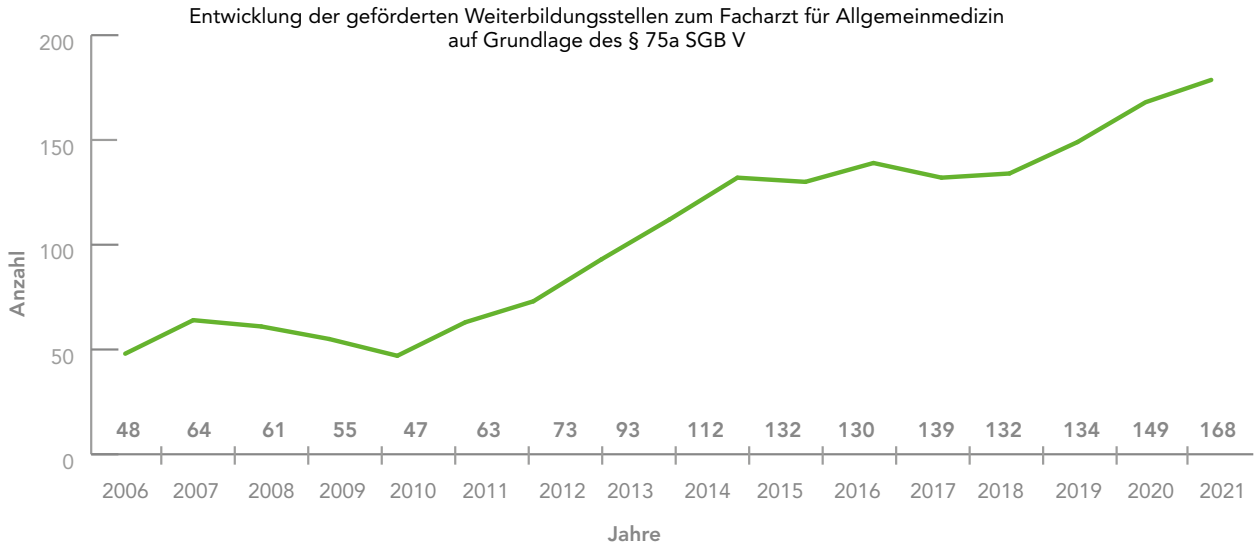
- ambulanten Betreuung von Pflegeheimen („PflegeheimPlus");
- geriatrischen Komplexbehandlung (Koordinierung ärztlicher und nichtärztlicher Maßnahmen zur Verhinderung stationärer Behandlungsbedürftigkeit bei älteren Menschen);
- ambulanten Palliativversorgung (ärztlichen Versorgung in der letzten Lebensphase);
- Behandlung chronischer Wunden;
- Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen (U10, U11 und J2).

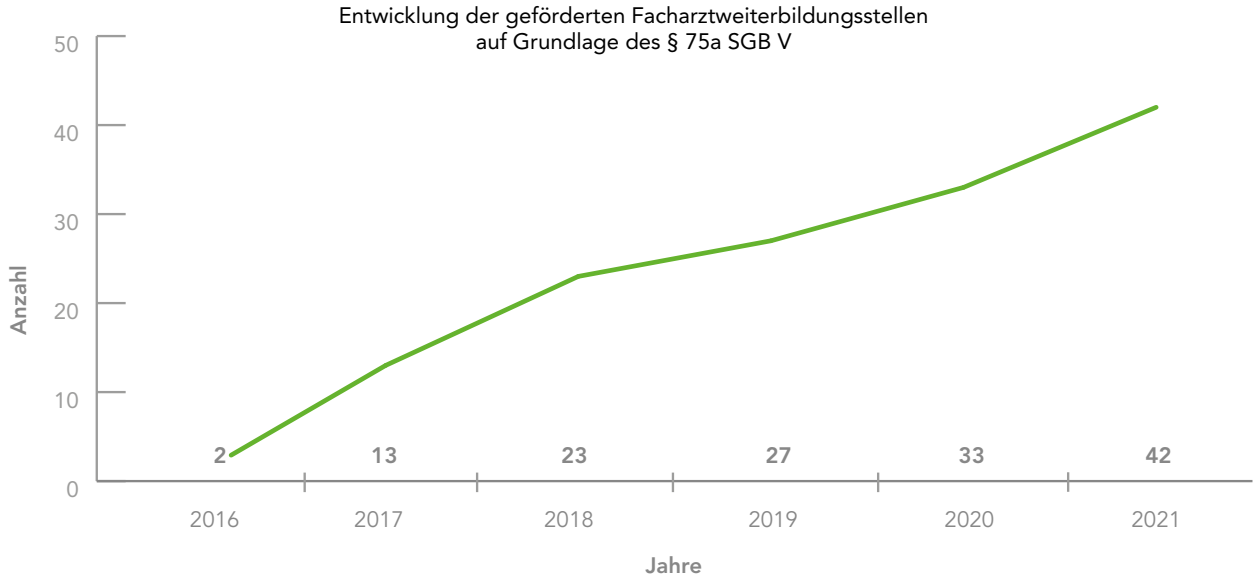
Im hausärztlichen Versorgungsbereich konnten bis dato 191 Ärzte/Praxen in M-V mit Investitionskostenzuschüssen in einer Gesamthöhe von ca. neun Millionen Euro gefördert werden mit dem Ziel, einer drohenden Unterversorgung im jeweiligen Planungsbereich entgegenzuwirken. Davon entfielen auf das Berichtsjahr 2021 ca. 1,25 Millionen Euro für 24 Ärzte/Praxen. Die Investitionskostenzuschüsse für hausärztliche Niederlassungen in drohend unterversorgten Planungsbereichen betragen bei einem vollen Versorgungsauftrag zwischen 25.000 und 50.000 Euro, bei festgestellter Unterversorgung bis zu 75.000 Euro. Bei einem geringeren Versorgungsauftrag verringert sich die Förderhöhe entsprechend. Anstellungen können unter den gleichen Voraussetzungen mit bis zu 20.000 Euro gefördert werden. Somit konnten im Jahr 2021 für eine hausärztliche Niederlassung in einem drohend unterversorgten Planungsbereich (voller Versorgungsauftrag) durchschnittlich 50.000 Euro gewährt werden. Um die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung auch weiterhin flächendeckend zu gewährleisten, wurde die Höhe entsprechender Förderungen für hausärztliche Niederlassungen in den Stadt-Umland-Räumen der Oberzentren Schwerin, Rostock, Greifswald, Stralsund und Neubrandenburg auf 10.000 bis 30.000 Euro angepasst. Sollte für eine der vorgenannten Oberzentren allerdings selbst eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt werden, gelten weiterhin die höheren Fördersätze von 25.000 bis 75.000 Euro.



Nachwuchsgewinnung und Nachwuchsförderung

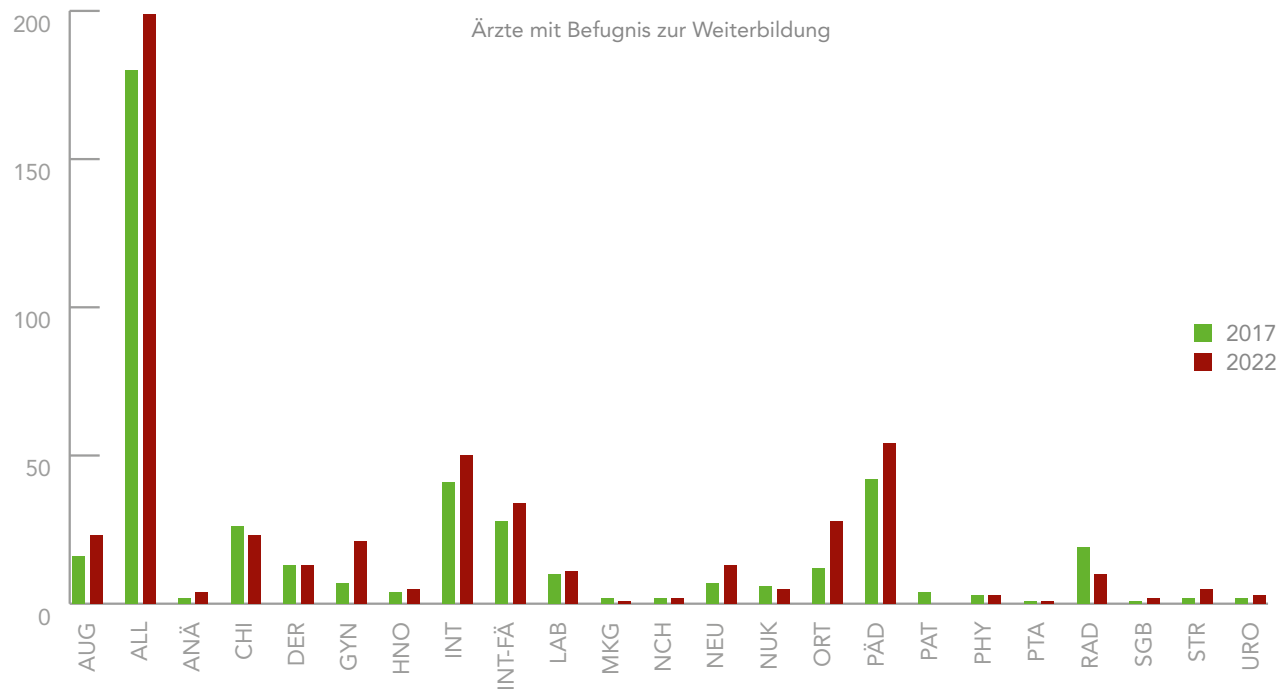
Wie eingangs bereits ausgeführt, erstreckt sich die ärztliche Ausbildung bis zur Vertragsarztreife auf einen Zeitraum von ca. zwölf Jahren. Beginnend mit dem Medizinstudium, das für den ambulanten Famulaturabschnitt mit einem monatlichen Betrag von bis zu 300 Euro bzw. für das allgemeinmedizinische PJ-Tertial mit bis zu 1.000 Euro monatlich unterstützt wird, werden auch für die Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin und – mit begrenztem Stellenkontingent – in weiteren grundversorgenden Fachgebieten finanzielle Anreize gesetzt.





Auf Basis einer sondervertraglichen Regelung zwischen der KVMV und der AOK Nordost wurde bis zum Ende des Jahres 2021 die pädiatrische Weiterbildung über die nach der Bundesvereinbarung geltenden Regelungen hinaus zuletzt mit bis zu 5.000 Euro monatlich gefördert. Über die sechsjährige Geltungsdauer des Vertrages konnten pro Jahr bis zu 16 pädiatrische Weiterbildungen gefördert werden. Trotz aller Bemühungen der KVMV lief der Vertrag aufgrund der Kündigung der AOK Nordost zum 31. Dezember 2021 aus.

Grundlegend für die Facharztweiterbildung ist jedoch eine entsprechende Befugnis des weiterbildenden Arztes seitens der zuständigen Ärztekammer, für deren Erlangung bzw. Verlängerung die KVMV den Vertragsärzten der unmittelbaren Patientenversorgung eine Aufwandspauschale von jeweils 1.000 Euro gewährt.

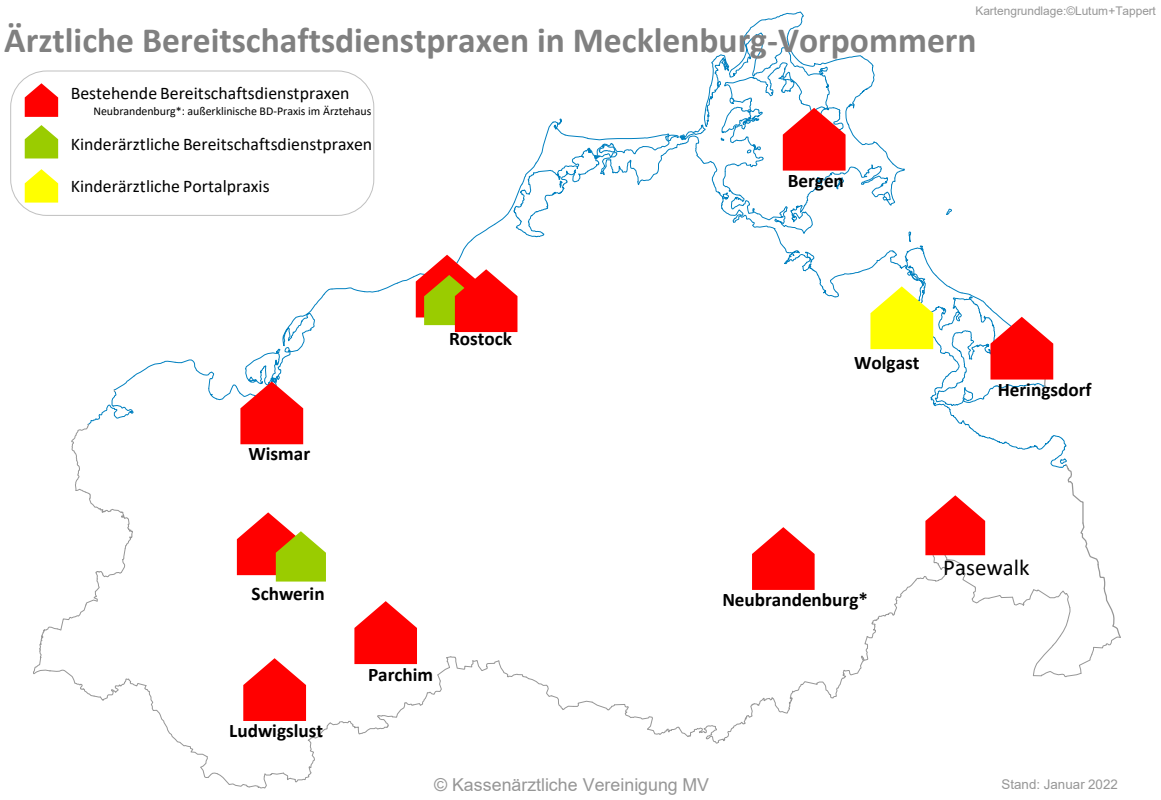


Die Bereitschaft der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses erlangt wiederum Bedeutung bei der Nachbesetzung von Vertragsarztpraxen, die sich nicht nur in der hausärztlichen Versorgung, sondern auch bei anderen grundversorgenden Fachgebieten wie den Pädiatern, Augenärzten, Dermatologen, HNO- und Nervenärzten in bestimmten, insbesondere ländlichen Planungsbereichen schwierig gestaltet.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVMV

Außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten der Vertragsarztpraxen wird die ambulante Versorgung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst sichergestellt. Dieser dient der Versorgung dringlicher Behandlungen, die nicht bis zur nächsten Sprechstunde einer Vertragsarztpraxis warten können und zugleich keine lebensbedrohlichen Notfälle darstellen. Dementsprechend gelten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst auch keine Hilfsfristen wie im Notfall- oder Rettungsdienst. Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird durch die Kreisstellen der KVMV in 61 Bereichen nach Maßgabe der Bereitschaftsdienstordnung der KVMV regional organisiert. In den einzelnen Bereichen werden die Bereitschaftsdienste als sogenannte Sitzdienste, entweder in der Vertragsarztpraxis oder in einer Bereitschaftsdienstpraxis der KVMV, und als Fahrdienste durchgeführt. Zusätzlich zu den Vertragsärzten haben im Jahr 2021 insgesamt 169 Ärzte freiwillig am ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVMV teilgenommen. Um sich mit den Anforderungen und Bedingungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes vertraut zu machen, bietet die KVMV ihren Mitgliedern und den freiwillig am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzten zweimal im Jahr eine Fortbildung an.

Die Niederlassungsbereitschaft von Fachärztinnen und Fachärzten steht im engen Zusammenhang mit der Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst. Ländliche, strukturschwache Regionen, in denen keine Bereitschaftsdienstpraxen der KVMV existieren und in denen die Ärzte bei einem Hausbesuch teils weite Anfahrtswege zum Patienten auf sich nehmen müssen, sind tendenziell weniger attraktiv für eine vertragsärztliche Tätigkeit in eigener Praxis. Daher ist es von erheblicher Bedeutung, die Rahmenbedingungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes den zukünftigen Anforderungen entsprechend zu gestalten. Im Zuge dessen wurden zur Verringerung der Dienstfrequenz in den jeweiligen Bereichen einzelne Regelungen der Bereitschaftsdienstordnung geändert. Unter anderem sind Befreiungen vom ärztlichen Bereitschaftsdienst aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Fachgruppe nicht mehr zulässig und nach einer Übergangsfrist müssen für einen Dienstbereich mindestens 20 Ärzte des jeweiligen Bereichs zur Verfügung stehen. Hieraus resultierend kam es im Berichtsjahr zu einigen strukturellen Änderungen von Bereitschaftsdienstbereichen und zur Errichtung einer Bereitschaftsdienstpraxis am Asklepios Klinikum in Pasewalk. Mittlerweile existieren im Bereich der KVMV zwölf ambulante Bereitschaftsdienstpraxen, von denen elf in hierfür besonders gekennzeichneten Räumlichkeiten von Krankenhäusern angesiedelt sind, sodass eine entsprechende Steuerung der Patienten in das für sie passende ambulante oder stationäre Versorgungsangebot sowie eine Entlastung der niedergelassenen Ärzte und der Notfallambulanzen der Krankenhäuser möglich ist. Weitere Bereitschaftsdienstpraxen sind unter anderem in Waren und Neustrelitz geplant.



Darüber hinaus wurde ergänzend zu den in einzelnen Dienstbereichen insoweit bereits bestehenden Angeboten damit begonnen, die über die Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (116117) eingehenden Anrufe zentral über die Hauptverwaltung der KVMV zu steuern. Entsprechend ausgebildete Dispatcher nehmen hier eine Vorsortierung anhand eines strukturierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens (SmED) vor. Dadurch ist sichergestellt, dass organisatorische Anfragen oder Behandlungen, die keiner dringlichen Versorgung über den ärztlichen Bereitschaftsdienst bedürfen, nicht mehr zu den diensthabenden Ärzten gelangen können. Mithin können die Kapazitäten für akut behandlungsbedürftige Patienten freigehalten werden.
Allerdings ist mit der Änderung des Bestattungsgesetzes M-V im Sommer 2021 die Verpflichtung für Notärzte im Rettungsdienst zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau entfallen. Der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst wird durch diese Neuregelung einmal mehr für Leistungen in Anspruch genommen, die nicht der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und damit nicht dem Sicherstellungsauftrag der KVMV obliegen.

Ambulante Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV), in deren Mittelpunkt der Patient und die Verbesserung der Versorgungsqualität steht. Die KVMV ist der direkte Ansprechpartner der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bei Fragen zu allen Themen der Qualität. Sie ist unter anderem verantwortlich, Genehmigungen für eine Reihe von Verfahren, die in der vertragsärztlichen Versorgung unter einem Genehmigungsvorbehalt stehen, zu erteilen. Das bedeutet, dass ein Arzt bestimmte Leistungen erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen darf, wenn ihm die entsprechende Genehmigung der KVMV erteilt wurde. Zudem prüft die KVMV die Erfüllung der Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen betreffen. Der KVMV obliegt die Umsetzung der bundesweit geltenden und regional getroffenen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien. Zur Unterstützung werden leistungsbereichsbezogene Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet, in denen besonders erfahrene Ärzte der jeweiligen Bereiche tätig sind. Sie beurteilen beispielsweise die im Rahmen von Stichprobenprüfungen angeforderten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen während der Kommissionssitzungen. Mit diesem System wurde ein dichtes Qualitätssicherungsnetz entwickelt, das im privatärztlichen oder stationären Bereich seinesgleichen sucht. Fast jeder Vertragsarzt und Psychotherapeut besitzt eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien und unterliegt somit kontinuierlich den Anforderungen und Auflagen der ambulanten Qualitätssicherung.

Ablauf eines Genehmigungsverfahrens und dessen Folgeverpflichtungen

1. GENEHMIGUNGSERTEILUNG

ARZTBEZOGENE ANFORDERUNGEN
Fachliche Qualifikation:
- Zeugnis/Bescheinigung,
- Kolloquium,
- präparatebezogene Prüfung,
- Fallsammlungsprüfung,
- Vorlage von Dokumentationen,
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, -konferenzen, -kursen

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE ANFORDERUNGEN
Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen:
- schriftliche Nachweise/Erklärungen,
- Kooperationsvereinbarungen,
- Gewährleistungserklärungen,
- Baupläne,
- Hygienepläne,
- Praxisbegehungen

Fachliche Befähigung der Mitarbeitenden:
Aus- und Fortbildungsnachweise, Kooperationsbescheinigungen

2. BESCHEID ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

3. GENEHMIGUNGSERHALT

FOLGEVERPFLICHTUNG ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

AUFLAGENPRÜFUNG JE NACH VERTRAGLICHER REGELUNG
Einzelfallprüfung durch Stichproben- / Dokumentationsprüfung, Hygieneprüfung, Frequenzregelung, Fallsammlungsprüfung, Überprüfung der Präparatequalität, Jahresstatistik, kontinuierliche Fortbildung, Qualitätszirkel, Nachweise zur Praxisorganisation, Konstanzprüfungen, Wartungsnachweise, Ringversuche, Überprüfung der Nachweise zur internen und externen Qualitätsprüfung, regelmäßige Schulungen der Praxismitarbeiter und -mitarbeiterinnen, ggf. Praxisbegehungen bei Beanstandungen, Teilnahme an Fallkonferenzen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanz- / Kernspintomographie: Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des G-BA

Abklärungskolposkopie, Akupunktur, Histopathologie im Hautkrebs-Screening, HIV / Aids, Hörgerätevers-orgung, Hörgeräteversorgung (Kinder), Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (HBO), intravitreale Medikamenteneingabe, Kapselendoskopie des Dünndarms, Koloskopie, Spezial-Labor, Laserbehandlung bei bPS, Magnetresonanz-Angiographie, Mammographie (kurativ), Molekulargenetik, PET und PET / CT, photodynamische Therapie am Augenhintergrund, phototherapeutische Keratektomie, Rhythmusimplantat-Kontrolle, Schmerztherapie, Ultraschalldiagnostik, Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Vakuumbiopsie der Brust, Zytologie der Cervix uteri
Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Apheresen, substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger
Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 1 SGB V

Mammographie-Screening, Onkologie
Umfang: Gemäß den jeweiligen bundesmantelvertraglichen Regelungen

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG nach § 95d SGB V
QUALITÄTSMANAGEMENT nach § 135a Abs. 2 SGB V

Aktuelles von der Bundesebene

Für eine Sicherung der Qualität von ärztlich erbrachten Leistungen gelten bundesweit einheitliche Maßstäbe. Die Qualitätssicherung unterstützt Ärzte und Psychotherapeuten dabei, ihre Patienten nach aktuellen fachlichen Standards und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu behandeln. Jährlich werden auf Bundesebene neue Qualitätssicherungsmaßnahmen beschlossen. Hierzu erlässt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V Bestimmungen für Verfahren zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen werden fortwährend zielbewusst aktualisiert und weiterentwickelt.

Um Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in der Coronakrise zu entlasten und eine zusätzliche Ausbreitung des COVID-19-Virus über die Wartezimmer der Praxen zu verhindern, hat die KBV zahlreiche Sonderregelungen vereinbart. Zudem hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einige Richtlinien gelockert und damit für weitere Erleichterungen gesorgt. Einige Sonderregelungen werden im Folgenden kurz vorgestellt.

- **Kontrolluntersuchungen und Schulungen von DMP-Patienten dürfen ausfallen**

Bezüglich der Disease-Management-Programme (DMP) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mitgeteilt, dass bis 31. Dezember 2021 Patientinnen und Patienten nicht verpflichtend an DMP-Schulungen teilnehmen müssen und die eigentlich quartalsbezogene Dokumentation in diesem Jahr ebenfalls nicht erforderlich ist.

- **Onkologie-Vereinbarung: Fortbildungsanforderungen auch für das Jahr 2021 reduziert**

Ärzte, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen, müssen aufgrund der Coronavirus-Pandemie auch für das Jahr 2021 weniger Fortbildungen nachweisen. Die KBV hat sich mit dem GKV-Spitzenverband auf eine entsprechende Sonderregelung verständigt. So müssen Ärzte für das Jahr 2021 anstatt 50 nur 30 CME-Punkte nachweisen. Außerdem reicht es aus, wenn Ärzte an einer industrieneutralen, durch die Ärztekammer zertifizierten Pharmakotherapieberatung teilnehmen. Eigentlich sieht die Onkologie-Vereinbarung die Teilnahme an mindestens zwei solcher Beratungen vor.

- **Erleichterungen bei der Substitutionstherapie**

Die Substitutionstherapie wird während der Coronavirus-Pandemie erleichtert. Substituierende Ärzte haben die Möglichkeit, bei der Behandlung von Opioidabhängigen von den Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung abzuweichen. Sie dürfen jetzt beispielsweise mehr Patienten behandeln als bisher und können Substitutionsmittel in einer Menge verschreiben, die für bis zu sieben aufeinanderfolgende Tage benötigt wird. Folgerezepte können Ärzte auch ohne persönliche Konsultation ausstellen. Sollte eine Einnahme des Medikaments unter Beobachtung von medizinischen, pharmazeutischen oder pflegerischem Personal nicht möglich sein, können Ärzte diese Aufgabe auch anderem Personal übertragen.

Neuerungen im Überblick

- **Intravitreale Medikamenteneingabe**

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe wurde zum 1. Juli 2021 geändert. Grund dafür war, dass in der bisherigen Fassung der Zeitraum für Dokumentationsprüfungen bis Ende 2021 befristet wurde. Der Zeitraum für die Überprüfung der Dokumentation wurde um weitere drei Jahre, nunmehr bis zum 31. Dezember 2024 verlängert. In diesem Zusammenhang haben sich die Vertragspartner auch darauf verständigt, in der Protokollnotiz Nummer 1 erst ab dem 1. Juli 2024 zu prüfen, ob Anpassungen aufgrund der Aufnahme der proliferativen diabetischen Retinopathie (PDR) vorgenommen werden müssen.

- **Mammographie-Screening**

Zum 1. Januar 2021 ist eine neue Fassung des Mammographie-Screening-Programms (Anlage 9.2 BMV-Ärzte: „Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening“) in Kraft getreten. Die Neuerungen betreffen die folgenden Punkte:
- Apparative Voraussetzungen
- Anpassungen der Konstanzprüfungen

- Berücksichtigung der Vakuumbiopsien
- Verlängerung der Übergangsregelungen zur flexiblen Durchführung von Fortbildungskursen
- Regelungen für Genehmigungsinhaber
- Datenflüsse
- Rezertifizierung der Referenzzentren
- Aktualisierung der GOP des EBM sowie von Verweisen und Normen

Einige Neuerungen sollen im Anschluss kurz erläutert werden:

- Es werden ausschließlich volldigitale Mammographiegeräte neu zugelassen, Speicherfolien-Systeme sind nicht mehr genehmigungsfähig.
- Bei den Konstanzprüfungen wurden u.a. die Prüfintervalle konkretisiert, und dem zuständigen Referenzzentrum sind monatlich physikalisch-technische Aufnahmeparameter einschließlich der Expositionsdaten der einzelnen Aufnahmen zu übermitteln.
- Nunmehr können aus der kurativen Versorgung bis zu 10 von 25 Vakuumbiopsien und bis zu 5 von 20 Stanzbiopsien anerkannt werden (bisher ausschließlich Fälle aus dem Screening).
- Ärzte, die bis zum Inkrafttreten der Fassung vom 1. Januar 2021 auf der Grundlage dieser Anlage 9.2 BMV-Ärzte vom 1. Januar 2004 über einen Versorgungsauftrag oder eine Genehmigung verfügen, behalten diese. Auch Genehmigungen auf Basis der QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie für die GOP 01759 „Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma" bleiben gültig.
  Alternativ können Genehmigungen nach § 27 der Anlage 9.2 BMV-Ärzte erteilt werden.

Im Übrigen richtet sich die Durchführung des Versorgungsauftrages neben den Bestimmungen in der Anlage 9.2 BMV-Ärzte nach den Regelungen zum Früherkennungsprogramm gemäß Abschnitt B III Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie), den Vorschriften des Strahlenschutzgesetzes (StrlSchG), der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) und der Brustkrebs-Früherkennungs-Verordnung (BrKrFrühErkV), in der die Eckpunkte des Mammographie-Screenings – wie die Kriterien, nach denen Personen an der Untersuchung teilnehmen können, Anforderungen an Personal, Geräte und die Durchführung der Untersuchung – abgebildet wurden.

Weitere Änderungen erfolgten zum 1. April 2021. Folgendes wurde geändert:

- Korrekturen der apparativen Anforderungen an Röntgeneinrichtungen für mammographische Stereotaxie

Da bekannt wurde, dass einzelne im Einsatz befindliche Röntgengeräte für die mammographische Stereotaxie (Biopsie-Tische) die Daten nicht vollständig liefern können, ist zu gewährleisten, dass auch diese Geräte weiterhin eingesetzt werden können, weshalb Abschnitt 3.2 des Anhangs 6 angepasst wurde. Somit muss die Röntgeneinrichtung für die Gewebeentnahme ebenfalls Anforderungen an die Anzeige und automatisierte Dokumentation bestimmter physikalisch-technischer Aufnahmeparameter (u.a. Seitenangabe, Kompressionsschichtdicke) erfüllen. Entsprechend musste Abschnitt 9 des Anhangs 7 hinsichtlich der Regelungen der monatlichen Datenübermittlung an das zuständige Referenzzentrum angepasst werden. Hierin wurde auch die Zuordnung der Aufnahmeparameter zur betreffenden Screening-Einheit, der jeweiligen Röntgeneinrichtung sowie dem Screeningfall geregelt, um die in § 3 Absatz 2 der Brustkrebs-Früherkennungs-Verordnung definierten Aufgaben der Medizinphysik-Experten der Referenzzentren (technische Qualitätssicherung) zu ermöglichen. Damit die erforderliche Rückverfolgbarkeit des Falles ausschließlich in der jeweiligen Screening-Einheit erfolgen kann, werden die in Abschnitt 9 des Anhangs 7 genannten Daten pseudonymisiert übermittelt.

Die seit dem 1. Februar 2021 vorliegenden IT-Protokolle zur elektronischen Dokumentation und Evaluation wurden im März 2021 korrigiert und publiziert.

- Fristverlängerung der Fortbildungskurse

Die aufgrund der COVID-19-Pandemie befristet eingeführte flexible Durchführung von Fortbildungskursen wurde bis zum 30. September 2021 verlängert. Die Übergangsregelung nach § 41 m) und n) ermöglicht insbesondere die Nutzung digitaler Fortbildungsformate.

- Anpassungen der Dokumentationsvorgaben zu den prä- und postoperativen Fallkonferenzen

Einige Dokumentationsvorgaben zu den prä- und postoperativen Fallkonferenzen in Abschnitt 2.1 und 2.2 Anhang 1 der Anlage 9.2 wurden angepasst. Das geschah aufgrund der geänderten Dokumentationsanforderungen für die histopathologische Beurteilung in der Abklärungsdiagnostik im Mammographie-Screening nach Anlage VI Nummer 2.6 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie sowie für die histopathologische Beurteilung des Operationspräparates nach Anlage VI Nummer 2.7 durch Beschluss des G-BA am 18. Juni 2020.

Zum 1. Oktober 2021 wurde die Anlage 9.2 ein weiteres Mal angepasst. Die Anpassungen erfolgten im § 41 der Übergangsregelungen aufgrund der zum 30. September 2021 ausgelaufenen pandemiebedingten Ausnahmeregelungen zur Durchführung von Online-Fortbildungskursen für die fachliche Befähigung. Das Angebot, den theoretischen Teil der Fortbildungskurse zum Erhalt der KV-Genehmigung nach Anhang 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä online durchzuführen, gilt weiterhin zunächst für drei Jahre und somit bis Ende September 2024 – unabhängig von der Corona-Pandemie. Für den in Teilen oder gesamt als Onlinekurs abzuhaltenden theoretischen Teil gelten gemäß § 41 r) folgende Voraussetzungen:

- Die Möglichkeit einer Interaktion zwischen Kursleiter und Kursteilnehmer ist durch eine geeignete Plattform und darüber angebotene Anwendungen (z.B. Fragefunktion für alle Teilnehmer) zu gewährleisten.
- Die Teilnahme an allen Kursbestandteilen muss vom Kursleiter überprüfbar sein.
- Die Anzahl der Teilnehmer richtet sich kursspezifisch nach den Vorgaben des Anhangs 2.
- Der Onlinekurs erfolgt in sinnvoll in sich abgeschlossenen, themenbezogenen Blöcken.
- Die Kurstage und Module müssen nicht unmittelbar aufeinander folgen. Die Zeit zwischen dem ersten und letzten Kurstag soll zwei Wochen einschließlich der gegebenenfalls angrenzenden Wochenenden nicht überschreiten.

- **Ultraschalldiagnostik**

Auf Initiative der KBV und der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) wurden Flexibilisierungen der zeitlichen Vorgaben an Ultraschallkurse beschlossen. Die Flexibilisierungen betreffen die Vorgaben für Kurstage und -stunden. Die Kurse müssen demnach nicht mehr wie bislang an aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden, sondern können innerhalb eines vierwöchigen Zeitraums inklusive der angrenzenden Wochenenden aufgeteilt werden. Dies soll den Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, die Kurse besser in ihren Praxisalltag zu integrieren. Gerade Kurse, die sich über drei oder vier Tage erstrecken, können beispielsweise auf mehrere Wochenenden verteilt werden, sodass es nicht mehr zu Praxisausfällen kommen muss. Diese Änderung trat zum 1. April 2021 in Kraft.

Die zweite Anpassung erfolgte zum 1. Oktober 2021 und betraf die Möglichkeit von Online-Kursen: Der theoretische Teil der Kurse soll zukünftig online angeboten werden können. Darüber hinaus ist es möglich, die Kurse in themenbezogene Blöcke aufzuteilen. Auch dies ermöglicht es den Ärzten, zum Beispiel über Abendveranstaltungen, die Kurse besser in den Praxisalltag zu integrieren. Die Online-Kurse werden zunächst über einen Zeitraum von drei Jahren getestet und evaluiert. Da aufgrund der Corona-Pandemie derzeit noch die Ausnahmeregelungen nach Protokollnotiz Nr. 3 der Ultraschall-Vereinbarung gelten, wurde beschlossen, diese Änderungen unmittelbar nach deren Auslaufen in Kraft zu setzen.

Ab Inkrafttreten der Protokollnotiz besteht die Möglichkeit, dass Anbieter von Ultraschallkursen den theoretischen Teil der Kurse online abhalten (der praktische Teil der Kurse ist in Präsenz durchzuführen). Darüber hinaus ist es möglich, die Kurse in themenbezogene Blöcke aufzuteilen. Diese Änderungen ermöglichen es dem Arzt, die Kurse besser in ihren Praxisalltag zu integrieren. Beim Online-Kurs muss eine aktive Teilnahme und Interaktion mit dem Kursleiter, zum Beispiel bei Fragen von Kursteilnehmern, möglich sein. Dazu ist vom Kursleiter eine geeignete Plattform vorzuhalten. Zudem muss die Teilnahme an allen Kursbestandteilen überprüfbar sein. Die Teilnehmerzahl bei Online-Kursen ist auf 30 beschränkt. Die Online-Kurse sollen zunächst über einen Zeitraum von drei Jahren getestet und evaluiert werden. Danach werden die Vertragspartner der Ultraschall-Vereinbarung entscheiden, ob die Regelungen fortgeführt werden.

Bundesweit geltende Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien

- Abklärungskolposkopie
- Akupunktur
- ambulantes Operieren
- Arthroskopie
- Balneophototherapie
- Blutreinigung/Dialyse (NET)
- DMP Asthma/COPD
- DMP Brustkrebs
- DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
- DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
- DMP koronare Herzkrankheit (KHK)
- DMP chronischer Rückenschmerz
- DMP Depression
- spezialisierte geriatrische Diagnostik
- Histopathologie Hautkrebs-Screening
- HIV/Aids
- Hörgeräteversorgung
- Hörgeräteversorgung (Kinder)
- interventionelle Radiologie
- intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
- invasive Kardiologie
- hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (HBO)
- Kapselendoskopie – Dünndarm
- Koloskopie
- Langzeit-EKG
- Laserbehandlung bei bPS
- LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- Liposuktion
- Lp(a)-Apherese
- Magnetresonanz-Angiographie (MRA)
- Magnetresonanz-Tomographie der Mamma (MRM)
- Magnetresonanz-Tomographie (MRT)
- Mammographie (kurativ)
- Mammographie-Screening
- Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)
- Molekulargenetik
- Neuropsychologische Therapie
- Onkologie
- otoakustische Emissionen
- palliativ-medizinische Versorgung
- photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)
- phototherapeutische Keratektomie (PTK)
- Positronenemissionstomographie (PET/CT)
- Psychotherapie
- Rhythmusimplantat-Kontrolle
- schlafbezogene Atmungsstörungen
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Spezial-Labor
- Stoßwellenlithotripsie
- Strahlendiagnostik/-therapie
  - diagnostische Radiologie
  - Computertomographie
  - Osteodensitometrie
  - Strahlentherapie
  - Nuklearmedizin
- Substitution
- Ultraschalldiagnostik
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- Vakuumbiopsie der Brust
- Wundinfektion (postoperativ)
- Zervix-Zytologie
- Zweitmeinungsverfahren

Geschäftsstelle Qualitätssicherung und Qualitätssicherungskommissionen

Die dauerhafte und wirksame Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit setzt eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung voraus. Dazu sollen gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV in jeder Kassenärztlichen Vereinigung (KV)
1. der Qualitätssicherungsbeauftragte,
2. die Qualitätssicherungskommissionen und
3. die Geschäftsstelle Qualitätssicherung gehören.

1. Der Qualitätssicherungsbeauftragte wird durch die KV berufen und berät diese in Fragen der Qualitätssicherung.

2. Zur Unterstützung der KV können für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet werden. Der Vorstand der KV beruft den Vorsitzenden der jeweiligen Qualitätssicherungskommission und die weiteren Mitglieder. Wobei sich eine Qualitätssicherungskommission aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammensetzt, die eine abgeschlossene Facharztweiterbildung haben müssen und von denen mindestens ein Mitglied eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt.

   Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der KV vorzubereiten. Die Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen obliegt der Geschäftsstelle Qualitätssicherung. Die KV kann Qualitätssicherungskommissionen für den Bereich von mehr als einer KV einrichten. Bei den Ärztekammern bestehende Kommissionen können mit dem Einverständnis der Ärztekammer von der KV mit der Erfüllung der o.g. Aufgaben betraut werden, soweit dies nach Maßgabe dieser Richtlinien gewährleistet ist.

3. Zur Gewährleistung eines zielorientierten, koordinierten Vorgehens bei der Planung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen richtet die KV eine Geschäftsstelle Qualitätssicherung ein oder ordnet deren Aufgaben einem bestehenden Geschäftsbereich zu. Dieser übernimmt damit die Funktion einer Geschäftsstelle Qualitätssicherung und somit folgende Aufgaben:
   3.1. Prüfung der Einhaltung der für die Qualitätssicherung geltenden gesetzlichen und/oder vertraglichen Regelungen im Einzelfall, insbesondere
   - Prüfung der jeweils erforderlichen Nachweise der fachlichen Befähigung und/oder der apparativen Ausstattung
   - Vorbereitung und Organisation der Kolloquien und deren Protokollierung nach Maßgabe dieser Richtlinien
   - Vorbereitung oder Ausfertigung der Bescheide aufgrund vorangegangener Prüfungen
   - Kontrolle von Organisation und Durchführung vorgeschriebener Ringversuche
   - Durchführung der Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)

   3.2. Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen
   3.3. Betreuung von Qualitätszirkeln, die im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen KV arbeiten
   3.4. Information und Beratung von Vertragsärzten in Fragen der Qualitätssicherung (z.B. Praxisdokumentation, Erstellung von Qualitätssicherungskonzepten für die einzelne Praxis)
   3.5. Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit den anderen KVen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Ärztekammern sowie anderen Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Diagnostische Radiologie/ Computertomographie
6 Ärzte der KVMV
3 Sitzungen

Arthroskopie
4 Ärzte der KVMV
2 Sitzungen

Akupunktur
3 Ärzte der KVMV
1 Sitzung

Apherese
4 Ärzte der KVMV
2 ständige Vertreter der KK
1 Sitzung

Dialyse / Blutreinigung
3 Ärzte der KVMV
1 ständiger Vertreter der KK
0 Sitzungen*

Rhythmusimplantat und Langzeit-EKG
4 Ärzte der KVMV
2 Sitzungen

Magnetresonanz-Tomographie
Gemeinsame QS-Kommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Bad Segeberg
2 Ärzte der KVMV
3 Sitzungen

Schmerztherapie
4 Ärzte der KVMV
1 Sitzung

Qualitätsmanagement
3 Ärzte der KVMV
0 Sitzungen

Onkologie
6 Ärzte der KVMV
1 Sitzung

Geriatrie/Gerontopsychiatrie/ambulante geriatrische Rehabilitation
5 Ärzte der KVMV
0 Sitzungen

Kurative Mammographie/ Vakuumbiopsie
4 Ärzte der KVMV
2 Sitzungen

Diabetologie
3 Ärzte der KVMV
1 Sitzung

Ambulantes Operieren
5 Ärzte der KVMV
1 Sitzung

Labor
5 Ärzte der KVMV
1 Fachwissenschaftler
0 Sitzungen*

Abklärungskolposkopie
3 Ärzte der KVMV
0 Sitzungen*

Intravitreale Medikamenteneingabe
3 Ärzte der KVMV
2 Sitzungen

Koloskopie
3 Ärzte der KVMV
1 Sitzung

Methadon
3 Ärzte der KVMV
3 Vertreter der KK
0 Sitzungen*

Ultraschalldiagnostik
8 Ärzte der KVMV
6 Sitzungen

Zytologie
3 Ärzte der KVMV
1 Fachwissenschaftler
1 Sitzung

* aufgrund von Corona haben keine Sitzungen stattgefunden

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
39 Sitzungen 99 Kommissionsmitglieder	43 Sitzungen 95 Kommissionsmitglieder	43 Sitzungen 95 Kommissionsmitglieder	45 Sitzungen 95 Kommissionsmitglieder	44 Sitzungen 94 Kommissionsmitglieder	30 Sitzungen 86 Kommissionsmitglieder	29 Sitzungen 92 Kommissionsmitglieder

Aus der Kommissionsarbeit

Interview mit Dr. Grit Nonnemann, Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie und Mitglied der Kardiologie-Kommission:

- **Dr. Nonnemann, seit wann sind Sie in der Kommission tätig?**

  Ich bin seit dem 26. März 2008 in der Kardiologie-Kommission und habe den Vorsitz in den letzten Jahren übernommen.

- **Was hat Sie bewegt, in der Kommission mitzuarbeiten?**

  Ich halte eine fundierte Qualitätskontrolle für wichtig, um für unsere Patienten sicherzustellen, dass sie fachlich auf hohem Niveau und sicher im ambulanten Bereich versorgt werden.

- **Welche Aufgaben hat die Kardiologie-Kommission?**

  Es erfolgen Stichprobenprüfungen über die KV bei 15 Prozent der Ärzte von je 20 abgerechneten Fällen für Schrittmacher und implantierte Kardioverter und bei mindestens 4 Prozent der Ärzte, die Langzeit-EKG Untersuchungen durchführen, erfolgen ebenfalls Stichprobenprüfungen von zwölf abgerechneten Patienten im Prüfquartal.

  Die Stichprobenprüfungen werden von den Kommissionsmitgliedern im Vorfeld vorbereitet und in der Kommission dann gemeinsam beraten und einzeln anhand von Beurteilungskategorien wie folgt bewertet:

  1. keine Beanstandungen,
  2. geringe Beanstandungen,
  3. erhebliche Beanstandungen,
  4. schwerwiegende Beanstandungen.

  Werden erhebliche Beanstandungen festgestellt, erfolgt dann eine Beratung und Empfehlung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist und eine nochmalige Prüfung. Bei fortbestehenden erheblichen Beanstandungen oder schwerwiegenden Beanstandungen kann dies zur Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen oder zur Einladung zum Kolloquium führen.

- **Worin sehen Sie die Notwendigkeit der Kommissionsarbeit?**

  Die überwiegende Anzahl unserer Kolleginnen und Kollegen hat hervorragende Befunde eingereicht. Ich halte die Kommissionsarbeit für notwendig, um Hilfestellungen und Empfehlungen zu geben, wenn doch Mängel in den Befunden nachweisbar sind. Bislang ist uns dies in den meisten Fällen gelungen, um Schaden von den Patienten, aber auch Schaden von den Kolleginnen und Kollegen abzuwenden, die dann ggf. diese Leistungen nicht mehr abrechnen könnten bzw. auch eine Rückerstattung der Leistungen erbringen müssten.

- **Die Qualitätsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle ersetzte die Vereinbarung zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zum 1. Januar 2018. Welche Neuerungen wurden eingeführt?**

  Die Vereinbarung ist aufgrund der neu geregelten Abrechnungssystematik im EBM 2018 notwendig geworden. Sie regelt die Abrechnung von Herzschrittmachern, ICD- und CRT-Systemen. Die Funktionsanalysen für ICD und CRT können auch telematisch erfolgen. Vor 2018 bestand auch die Möglichkeit, Herzschrittmacher-Nachsorgen telematisch abzurechnen.

Weiterhin wurde für die QS festgelegt, dass nur noch Kardiologen und Kinderkardiologen eine Genehmigung zur Abrechnung dieser Leistungen erhalten. Es werden drei Fälle unterschieden:
Bei alleinigem Antrag auf HSM-Kontrolle müssen 200 Kontrollen jährlich nachgewiesen werden. Wird zusätzlich die ICD-Kontrolle beantragt, müssen die 200 Kontrollen 50 ICD-Kontrollen beinhalten. Bei Beantragung aller drei Systeme müssen zusätzlich 30 CRT-Kontrollen erbracht werden. Fachärzte ohne Schwerpunktbezeichnung Kardiologie müssen bis 2022 eine entsprechende Sachkunde nachweisen.
Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung müssen mindestens 20 Fortbildungspunkte in jeweils 24 Monaten nachgewiesen werden. Weiterhin erfolgen bei 15 Prozent der Genehmigungsinhaber Stichprobenprüfungen.

- **Wie werden die Anforderungen aus der QS-Vereinbarung in M-V umgesetzt?**

Es erfolgen regelmäßige Stichprobenprüfungen. Die Kolleginnen und Kollegen werden über das KV-SafeNet aufgefordert, die 20 Fortbildungspunkte innerhalb von 24 Monaten nachzuweisen, und die Kollegen ohne Schwerpunktbezeichnung sollten die Sachkundenachweise fristgemäß einreichen, um nicht die Genehmigung zu verlieren.

- **Gab es Probleme bei der Umsetzung der Neuerungen?**

Die Abrechnung von Abfragen der Eventrekorder ist im neuen EBM nicht mehr abgebildet. Das führte dazu, dass es zu Missverständnissen kam und wir uns auch mit den Kollegen auseinandersetzen mussten, dass diese Leistungen nicht mehr abrechnungsfähig waren.

- **Sind Sie mit der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zufrieden oder hätte das Augenmerk auf andere Dinge gelegt werden müssen?**

Die Qualitätsanforderungen sind hoch, aber zur Sicherheit der Patienten gerechtfertigt.

- **Gibt es etwas, das Sie Kollegen raten würden?**

Im täglichen Erstellen von Befunden sollte immer auf eine gute Qualität der Befunde geachtet werden, damit diese für Mit- und Weiterbehandler verständlich und nachvollziehbar sind. Im kollegialen Gespräch mit unseren Kommissionsmitgliedern können jederzeit Missverständnisse ausgeräumt werden.

- **Wie sehen Sie die Zukunft der Kommissionsarbeit?**

Ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit in der Kommission und halte auch die Qualitätssicherung weiter für notwendig, um die sehr gute Qualität unserer ambulanten Tätigkeit zu belegen und für die Patienten Sicherheit zu schaffen.

Vielen Dank für das Gespräch.
Das Interview führte Kirsten Martensen aus dem Geschäftsbereich Qualitätssicherung.

Abklärungskolposkopie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Abklärungskolposkopie (Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2020

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt III, Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt geändert zum: 28.08.2020

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	16
beschiedene Anträge	10
- davon Genehmigungen	10
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Kolloquien	-
Frequenzregelung	
Ärzte, die den jährlichen Nachweis von 100 Abklärungskolposkopien (davon mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle) fristgerecht erbracht haben	2
Ärzte, die den jährlichen Nachweis von 100 Abklärungskolposkopien (davon mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle) erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	-
Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. Fortbildungen	
Ärzte, die die Nachweise zur Teilnahme an Fallkonferenzen (jährlich) bzw. Fortbildungen (zweijährlich) fristgerecht vorgelegt haben	2
Ärzte, die die Nachweise zur Teilnahme an Fallkonferenzen (jährlich) bzw. Fortbildungen (zweijährlich) in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	-
Genehmigte Gerätesysteme	
im Berichtsjahr genehmigte Gerätesysteme	10
- davon analog	5
- davon digital	-
- davon Kombisysteme	5

Akupunktur

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2007, zuletzt geändert zum: 01.01.2016

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	108
beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehungen	-
Praxisbegehungen	-

Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4
Dokumentationsprüfungen	
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden – Ärzte	-
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden – Ärzte	7
- davon bestanden	7
Kolloquien	-
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	
geprüfte Dokumentationen – normale Fälle	-
geprüfte Dokumentationen – Ausnahmefälle	109
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	-
Fortbildungsverpflichtung	
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	104

Ambulantes Operieren

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.12.2011

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	497
beschiedene Anträge	51
- davon Anzahl Genehmigungen	50
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Praxisbegehungen	14
- davon ohne Beanstandungen	13
- davon mit Beanstandungen	1
Kolloquien	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	38

Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.1991, zuletzt geändert zum: 06.03.2015

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	44

beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	3
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Arthroskopie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1994, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum: 01.01.2015

Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), Rechtsgrundlage § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2020 (Neufassung)

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	60
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2
Stichprobenprüfungen	
Prüfumfang	
geprüfte Ärzte	5
- davon Routineprüfung	5
Prüfergebnisse	
- keine Beanstandungen	2
- geringe Beanstandungen	-
- erhebliche Beanstandungen	-
- schwerwiegende Beanstandungen	3
Maßnahmen	
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde	3
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden	3
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte	-

Balneophototherapie

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2020

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	4

beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Wartungsnachweise	
geprüfte Ärzte	2
- davon Nachweise erbracht	2

Botoxbehandlung

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	14
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1997, zuletzt geändert zum: 01.04.2014

Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert zum: 01.07.2020

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) vom 01.01.2019, zuletzt geändert zum: 17.06.2021

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	67
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

Disease-Management-Programme (DMP)

Diabetes mellitus Typ 1

Ärzte mit Genehmigung	55
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	49
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	6

- darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	-

Diabetes mellitus Typ 2

Ärzte mit Genehmigung	1.055
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.006
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	49

Brustkrebs

Ärzte mit Genehmigung	157
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	157

Koronare Herzkrankheit

Ärzte mit Genehmigung	980
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	927
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	53
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie" (diagnostisch oder therapeutisch)	2

Asthma bronchiale

Ärzte mit Genehmigung	761
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	726
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	3

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Ärzte mit Genehmigung	708
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	676
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	32

Spezialisierte geriatrische Diagnostik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2016

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	8
beschiedene Anträge	-

Histopathologie Hautkrebs-Screening

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2009

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL), Abschnitt D Nr. II, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderungen zum 01.07.2008, zuletzt hierzu geändert zum: 01.01.2019

Genehmigungen		
Ärzte mit Genehmigung		15
beschiedene Anträge		2
- davon Genehmigungen		2
Kolloquien		-
Praxisbegehungen		-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufevon Abrechnungsgenehmigungen		1
Frequenzregelung		
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate aus Screening oder Kuration innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung)		
	< 1.000	14
	≥ 1.000	-
Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 1.000 erreicht haben		
	<1.000	14
	≥ 1.000	-
Dokumentationsprüfungen		
geprüfte Ärzte		-

HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2009

Genehmigungen		
Ärzte mit Genehmigung		2
beschiedene Anträge		-
Kolloquium		-
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		-
Frequenzregelung		
Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV- / Aids-Patienten pro Quartal	< 25	≥ 25
	-	2

Fortbildung	
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung	2
Dokumentationsprüfung	
geprüfte Ärzte	2
Anzahl geprüfter Dokumentationen insgesamt	20
- davon vollständig und keine Beanstandungen	20

Hörgeräteversorgung

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2012, zuletzt geändert zum: 01.04.2019

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	84
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Hörgeräteversorgung – Kinder

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2012, zuletzt geändert zum: 01.04.2019

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	2
beschiedene Anträge	-
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-

Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2019

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	-
beschiedene Anträge	-

Interventionelle Radiologie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2006, zuletzt geändert: 01.10.2010

Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe	
Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	9
beschiedene Anträge	-
Kolloquium	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Intravitreale Medikamenteneingabe

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2014, zuletzt geändert zum: 01.07.2021

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	49
beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	3
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 2	
Ärzte geprüft	2
- davon Anforderungen erfüllt	1
- davon Anforderungen nicht erfüllt	1
insgesamt geprüfte Dokumentationen	20
darunter Dokumentationen:	
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	-
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	-
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	-
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	3
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	5
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 f) nicht erfüllt ist	-
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 g) nicht erfüllt ist	-
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 h) nicht erfüllt ist	5
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 i) nicht erfüllt ist	-
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 j) nicht erfüllt ist	-

Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 6	
geprüfte Ärzte	2
- davon Anforderungen erfüllt	2
geprüfte Dokumentationen	20

Invasive Kardiologie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1999, zuletzt geändert zum: 01.01.2019

Diagnostische Katheterisierungen		
Genehmigungen		
Ärzte mit Genehmigung		1
beschiedene Anträge		-
Kolloquien		-
Praxisbegehungen		-
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		-
Frequenzregelung		
Ärzte mit abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen	< 150	≥ 150
	-	1
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	-	1

Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen		
Genehmigungen		
Ärzte mit Genehmigung		5
beschiedene Anträge		2
- davon Genehmigungen		2
Kolloquien		-
Praxisbegehungen		-
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		1
Frequenzregelung		
Ärzte mit **insgesamt** abgerechneten Katheterisierungen	< 150	≥ 150
	4	1
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	-	5

Kapselendoskopie – Dünndarm

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastroinestinaler Blutungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2014

Genehmigungen Applizierer	
Ärzte mit Genehmigung zur Applikation	6
beschiedene Anträge	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Genehmigungen Auswerter	
Ärzte mit Genehmigung zur Auswertung	6
beschiedene Anträge	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

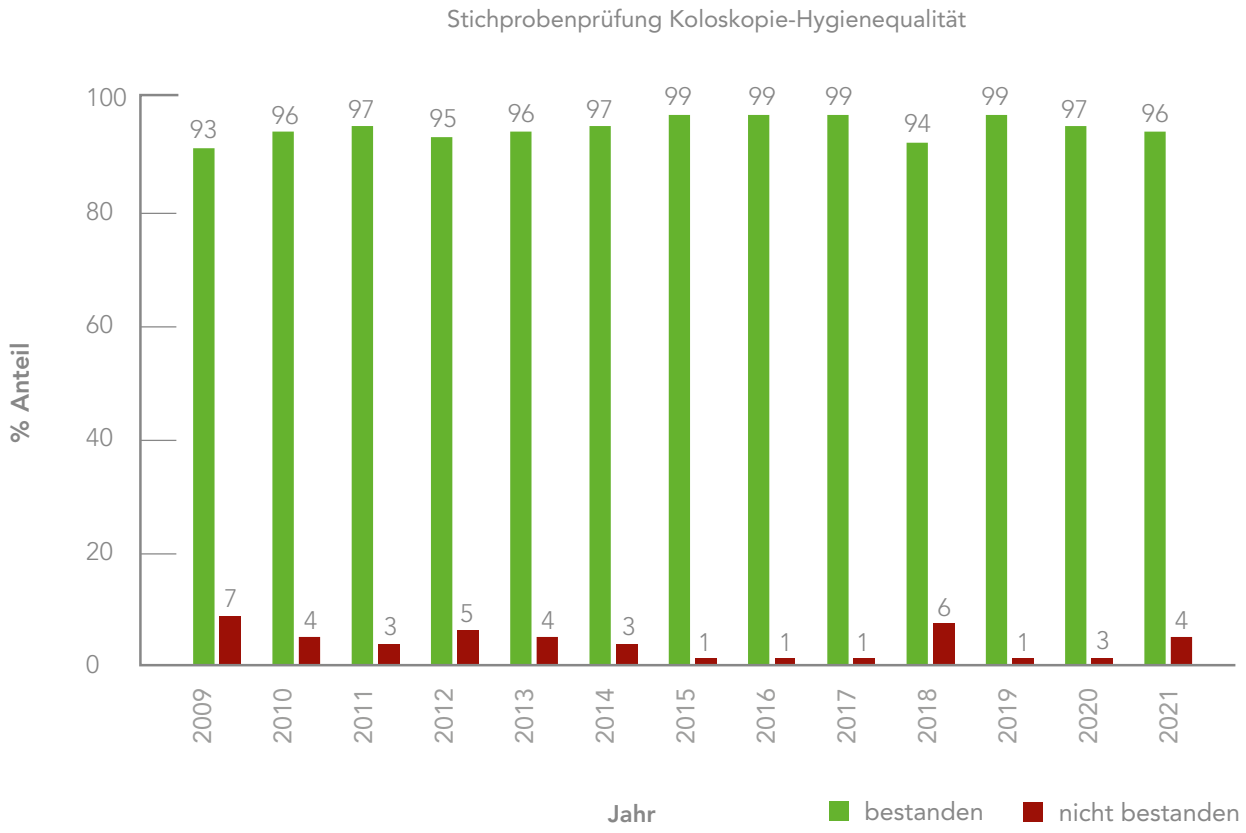
Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2002, zuletzt geändert zum: 01.04.2020

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt II, Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt geändert zum: 28.08.2020

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	43
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Totale Koloskopien	
Dokumentationsprüfungen	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	20
- davon bestanden	20
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	-
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	-
Polypektomien	
Dokumentationsprüfungen	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	20
- davon bestanden	17

- davon nicht bestanden	3
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	-
Prüfungen zur Hygienequalität	
überprüfte Einrichtungen	31
halbjährliche Prüfungen	50
- davon bestanden	48
- davon nicht bestanden	2
Wiederholungsprüfungen	2
- davon bestanden	2



Spezial-Labor

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2018

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	142
beschiedene Anträge	9
- davon Genehmigungen	9
Kolloquien	-
Rückgabe / Beendigung / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Überprüfung der internen und externen Qualitätssicherung	
Anzahl der überprüften Ärzte	9
- davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung nach § 5 Abs. 5)	-
- davon mit Beanstandungen	-
- davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	9

Langzeit-EKG-Untersuchungen

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1992; zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum: 01.01.2015

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	86
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	312
beschiedene Anträge	31
- davon Genehmigungen	31
Kolloquien	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	20

Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2018; zuletzt geändert 01.01.2019

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	-
beschiedene Anträge	-

Liposuktion bei Lipödem im Stadium III

Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion), Rechtsgrundlage: §136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V, Gültigkeit: seit 07.12.2019, zuletzt geändert zum: 16.09.2020

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.12.2011

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	-
beschiedene Anträge	-

Magnetresonanz-/Kernspintomographie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum: 01.01.2015

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 9: Magnetresonanztomographie der weiblichen Brust (MRM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2006, zuletzt hierzu geändert zum: 01.07.2020

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2001, zuletzt geändert zum: 01.01.2020

Genehmigungen Allgemeine Kernspintomographie	
Ärzte mit Genehmigung	78
beschiedene Anträge	5
- davon Genehmigungen	5
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Genehmigungen Kernspintomographie der Mamma	
Ärzte mit Genehmigung	4
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Kolloquien	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Frequenzregelung Kernspintomographie der Mamma	
Anzahl jährlicher Nachweise	4
- mindestens 50 Untersuchungen	4
- weniger als 50 Untersuchungen	-
Stichprobenprüfungen	
Prüfumfang	
geprüfte Ärzte	7
Routineprüfungen	7
anlassbezogene Prüfungen	-
Prüfergebnisse	
Ergebnisse Routineprüfungen	
- keine Beanstandungen	5
- geringe Beanstandungen	2
- erhebliche Beanstandungen	-
- schwerwiegende Beanstandungen	-

Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungs¬vereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007, zuletzt geändert zum: 01.10.2015

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2001, zuletzt geändert zum: 01.01.2020

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	56
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3
Dokumentationsprüfungen	
geprüfte Ärzte	12
- davon bestanden	12
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 1, Hirngefäße)	92
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	86
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	86
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	86
- davon insgesamt nachvollziehbare Dokumentationen	86
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7)	51
darunter Dokumentationen	
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist*	51
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist*	51
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist*	51
- davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen	51
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Venen)	11
darunter Dokumentationen	
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist*	11
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist*	11
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist*	11
- davon insgesamt nachvollziehbare Dokumentationen	11

Mammographie (kurativ)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993 (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert zum: 01.10.2020

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	34
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Kolloquien	-
Rückgaben/Beendigungen/ Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Mammographie-Screening

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2021 (Neufassung), zuletzt geändert zum: 01.10.2021

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie), Abschnitt B Nr. III, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2004, zuletzt geändert zum: 14.08.2020

Programmverantwortlicher Arzt

Genehmigungen	
Screening-Einheiten	4
Programmverantwortliche Ärzte	8
- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	8
kooperierende Ärzte	25
Befunder von Mammographieaufnahmen	14
histopathologische Beurteilung	5
Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	5
- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	1

Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2016

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	704
beschiedene Anträge	20
- davon Genehmigungen	20
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	38

Molekulargenetik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2012, zuletzt geändert zum: 01.04.2017

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	13
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Überprüfungen im Zusammenhang mit der Jahresstatistik	
elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	2

Neuropsychologische Therapie

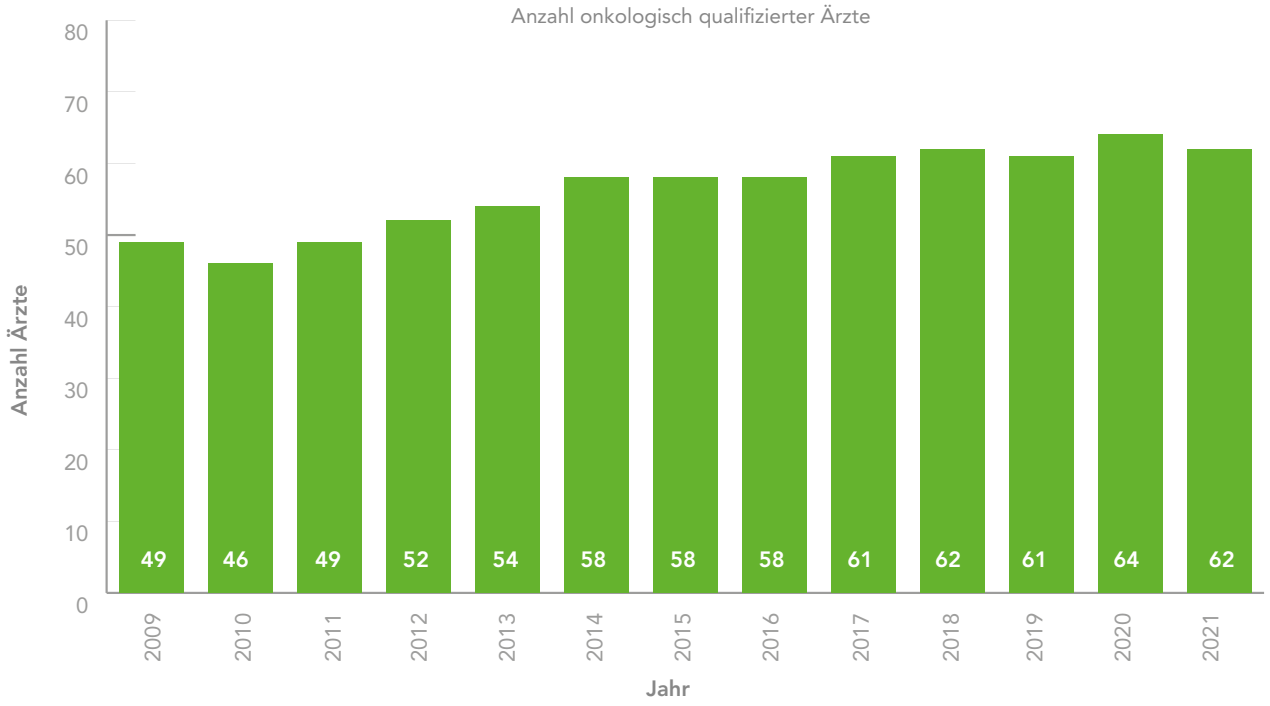
Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 19: Neuropsychologische Therapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.02.2012, zuletzt geändert 22.07.2020

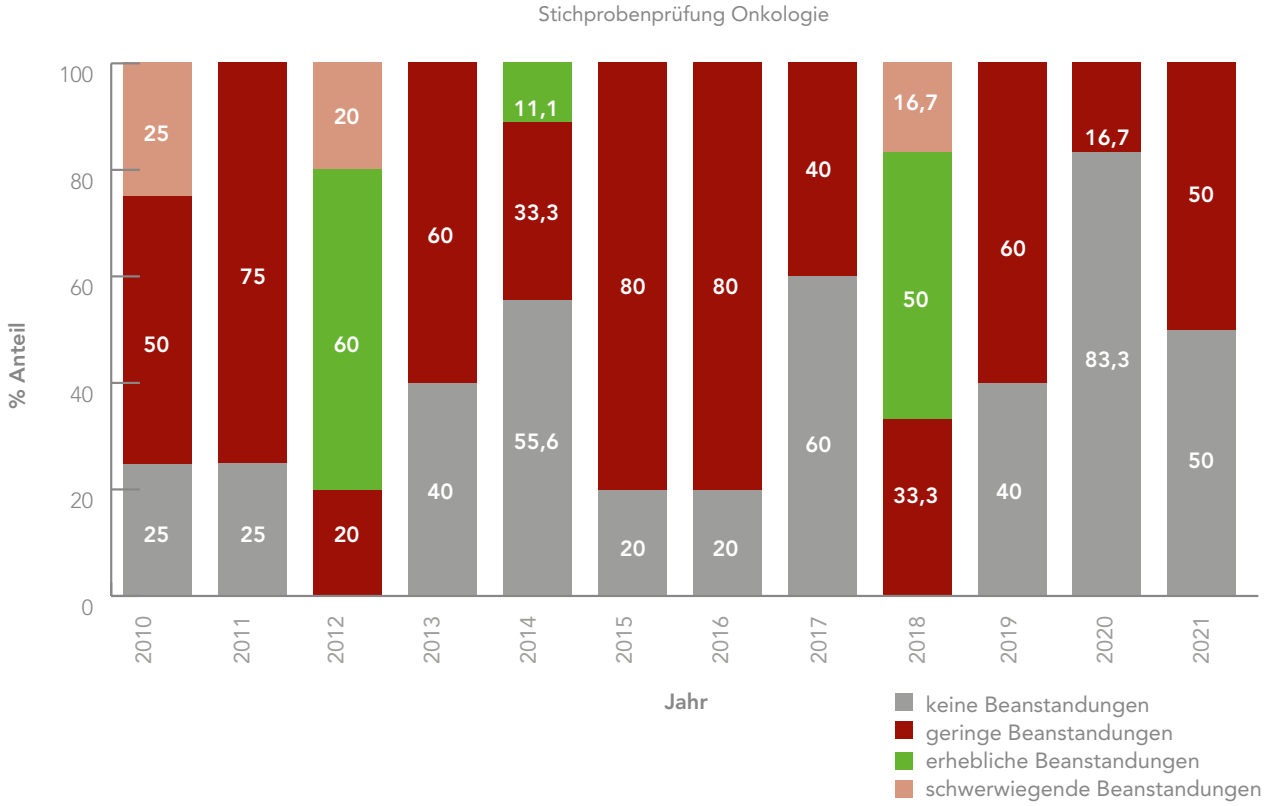
Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	6
beschiedene Anträge	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-

Onkologie

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2021

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	62
- darunter Ärzte in Neu-/Jungpraxen	5
- darunter Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	6
beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	3
Kolloquien	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5
Dokumentationsprüfung	
geprüfte Ärzte	6
- davon bestanden	6
Fortbildungsverpflichtung	
Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1. - 3. erbracht haben	62





Otoakustische Emissionen

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 5: Bestimmung der otoakustischen Emissionen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	77
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung

Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung. Rechtsgrundlage: Anlage 30 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2017

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	100
beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Fortbildungsverpflichtung	
Ärzte, die den Nachweis zur speziellen Fortbildungsverpflichtung fristgerecht im Berichtsjahr erbracht haben	-

PET und PET/CT

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronenemissionstomographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 16.05.2015, zuletzt hierzu geändert zum: 05.10.2021

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computer-tomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2016, zuletzt geändert zum: 01.01.2022

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	4
beschiedene Anträge	-

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.08.2001, zuletzt geändert zum: 01.04.2020

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	7
beschiedene Anträge	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-

Phototherapeutische Keratektomie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007, zuletzt geändert: 01.04.2020

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	4
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Kolloquien	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-

Rhythmusimplantat-Kontrolle

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2018

Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V, Rechtsgrundlage: Anlage 31 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2017

Genehmigungen Herzschrittmacherkontrolle	
Ärzte mit Genehmigung	3
beschiedene Anträge	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Überprüfung Fortbildungsnachweise	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	1
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	2
Genehmigungswiderrufe	-
Dokumentationsprüfungen	
überprüfte Ärzte	-
Kolloquien	-
Widerrufe	-
Genehmigungen Herzschrittmacherkontrolle und ICD	
Ärzte mit Genehmigungen	3
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5

Überprüfung Fortbildungsnachweise	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	1
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	2
Genehmigungswiderrufe	-
Dokumentationsprüfungen	
überprüfte Ärzte	1
überprüfte Dokumentationen	20
- davon ohne Beanstandungen	20
Kolloquien	-
Widerrufe	-
Genehmigungen Herzschrittmacherkontrolle, ICD und CRT	
Ärzte mit Genehmigungen	57
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	10
Überprüfung Fortbildungsnachweise	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	29
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	28
Genehmigungswiderrufe	-
Dokumentationsprüfungen	
überprüfte Ärzte	8
überprüfte Dokumentationen	160
- davon Dokumentationen mit Beanstandungen	1
- darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit	1
- darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung	-
- davon ohne Beanstandungen	159
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert wurden	1
Kolloquien	-
Widerrufe	-

Schlafbezogene Atmungsstörungen

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert zum: 01.10.2020

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie	90
- davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	82
- davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	5
- davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	3
beschiedene Anträge	8
- davon Genehmigungen	8
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Schmerztherapie

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert zum: 01.10.2016

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	36
beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
Kolloquien	3
- davon bestanden	3
Praxisbegehungen	4
- davon ohne Beanstandungen	4
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Dokumentationsprüfung gemäß § 7	
geprüfte Ärzte	8
- davon Anforderungen erfüllt	8
Dokumentationsprüfung gemäß § 8	
geprüfte Ärzte	2
- davon Anforderungen erfüllt	2
geprüfte Dokumentationen	24
- davon ohne Beanstandungen	21
- davon mit Beanstandungen	3
Kolloquien	-
Widerrufe	-

Sozialpsychiatrie

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2019, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 01.07.2013

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	11
beschiedene Anträge	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-

Soziotherapie

Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2002, Neufassung seit 15.04.2015, zuletzt geändert zum: 01.04.2021

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	62
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5

Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	13
beschiedene Anträge	-
Kolloquien	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Strahlendiagnostik/-therapie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum: 01.10.2020

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1992, zuletzt geändert zum: 01.01.2020

Konventionelle Röntgendiagnostik

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	412
beschiedene Anträge	16
- davon Genehmigungen	16
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4
STICHPROBENPRÜFUNG	
Prüfumfang	
geprüfte Ärzte	8
Routineprüfungen	8
Prüfergebnisse	Prüfungen gemäß § 5 Abs. 1:
- keine Beanstandungen	6
- geringe Beanstandungen	2
- erhebliche Beanstandungen	-
- schwerwiegende Beanstandungen	-

Computertomographie

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	88
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4
STICHPROBENPRÜFUNG	
Prüfumfang	
geprüfte Ärzte	1
- keine Beanstandungen	1
- geringe Beanstandungen	-
- erhebliche Beanstandungen	-
- schwerwiegende Beanstandungen	-

Osteodensitometrie

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	12
beschiedene Anträge	-
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-

Strahlentherapie

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	24
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	6

Nuklearmedizin

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	24
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigung	1
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-

Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1991, zuletzt geändert: 17.01.2019

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	47
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Ärzte im Konsiliarverfahren	33

Dokumentationsprüfungen	
geprüfte Ärzte	16
geprüfte Fälle	39
- keine Beanstandungen	29
- geringe Beanstandungen	8
- erhebliche Beanstandungen	2
- schwerwiegende Beanstandungen	-

Ultraschalldiagnostik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum: 01.10.2021

Genehmigungen	
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	1316
beschiedene Anträge (Ärzte)	119
neu	83
- davon Genehmigungen	83
erneut n. § 11 Abs. 7	-
neu (wg. Statuswechsel u.ä.)	37
- davon Genehmigungen	37
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	410
neu	206

- davon Genehmigungen	182
- davon Ablehnungen	24
Kolloquien	1
- davon bestanden	1
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	62
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	147
Geräteprüfungen/apparative Ausstattung	
gemeldete Ultraschallsysteme	1196
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)	
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	25
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3 (Bilddokumentation) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)	
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	39
Überprüfungen der ärztlichen Dokumentation § 11	
Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2 a)	82
geprüfte Ärzte	82
- davon ohne Beanstandungen	2
- davon mit geringer Beanstandungen	62
- davon mit erheblicher Beanstandungen	15
- davon mit schwerwiegender Beanstandungen	3
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	410
- davon ohne Beanstandungen	68
- davon mit geringer Beanstandungen	266
- davon mit erheblicher Beanstandungen	65
- davon mit schwerwiegender Beanstandungen	11
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation	
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	4
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	6
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	18
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	17
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefunden	29

bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation	
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	36
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	17
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	48
Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2 b)	-
geprüfte Ärzte	-
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	-
Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 5	10
geprüfte Ärzte	10
- davon ohne Beanstandungen	-
- davon mit geringer Beanstandungen	10
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	50
- davon ohne Beanstandungen	5
- davon mit geringer Beanstandungen	38
- davon mit erheblicher Beanstandungen	6
- davon mit schwerwiegender Beanstandungen	1
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	-
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte	
Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	85
beschiedene Anträge	3
neu	2
- davon Genehmigungen	2
neu wg. Statuswechsel u.ä.	1
- davon Genehmigungen	1
Kolloquien	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Dokumentationsprüfungen	
Initialprüfungen	
geprüfte Ärzte	5
- davon Anforderungen erfüllt	4
- davon mit Beanstandungen	1
Prüfungen innerhalb 2 Jahre	
geprüfte Ärzte	3
- davon Anforderungen erfüllt	2
- davon mit Beanstandungen	1

Wiederholungsprüfungen	1
- davon Anforderungen erfüllt	1
Prüfungen innerhalb 5 Jahre	
geprüfte Ärzte	22
- davon Anforderungen erfüllt	21
- davon mit Beanstandungen	1
Wiederholungsprüfungen	1
- davon ohne Beanstandungen	1
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	
insgesamt geprüfte Dokumentationen	360
- davon regelrecht (Stufe I)	304
- davon eingeschränkt (Stufe II)	54
- davon unzureichend (Stufe III)	2
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	-
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2	2
- davon Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation	2
- davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	-
- davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	-

Vakuumbiopsie der Brust

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum: 01.01.2015

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	11
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Dokumentationsprüfungen	-

Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2015 (vormalige Versionen seit dem 01.07.1992), zuletzt geändert zum: 01.01.2020

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt III, Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt geändert zum: 28.08.2020

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	15
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	1
Präparateprüfungen	2
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	1
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Überprüfungen der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation	
Prüfungen	-
Prüfung der Jahresstatistik	
vorgelegte Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2020)	7
- davon ohne Auffälligkeiten	7
Kolloquien	-
Fortbildungsverpflichtung	
Ärzte, die 2021 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	9
Präparatebefunder	
Präparatebefunder	29
Präparatebefunder, für die Unterlagen für 2021 zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt wurden	27

Glossar

Akkreditierung: Formelle Anerkennung der Kompetenz einer Organisation oder Person, bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen, durch eine dazu legitimierte Institution. Im Kontext der Qualitätssicherung entspricht dies der Erteilung von Genehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V durch die KVen.

AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen: Indikatorenset von 48 sowohl fachgruppenübergreifenden als auch fachgruppenspezifischen Indikatoren für die ambulante Versorgung.

Audit: Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit bestimmte Kriterien erfüllt sind. Im Kontext des Qualitätsmanagements ist das Audit ein durch eine externe (unabhängige) Stelle erfolgendes Begutachtungsverfahren von Organisationen bezüglich der Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagement-Systems. Im Kontext der Qualitätssicherung durch die KVen gehören hierzu unter anderem (optionale) Praxisbegehungen als Standardmaßnahmen fast aller Qualitätssicherungsvereinbarungen.

Behandlungspfad: Steuerungsinstrument, das den optimalen Weg eines speziellen Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge festlegt. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung.

Benchmarking: Konzept zum Vergleich bestimmter Kennzahlen mit dem Besten der jeweiligen Klasse. Ansatzpunkte für Benchmarking können Prozesse, Systeme, Produkte und Dienstleistungen bezüglich Kosten, Qualität, Zeit, Patientenzufriedenheit und dergleichen sein. Ein Beispiel dafür ist die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse.

Besondere Versorgung: Mit der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V sollen die verschiedenen Leistungssektoren miteinander vernetzt und eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) ermöglicht werden. Auf diese Weise sollen die verschiedenen Leistungsbereiche in eine einheitliche vertragliche Versorgung eingebunden werden. Die Regelungen zur besonderen Versorgung bauen auf den bisherigen Vertragsformen auf. Die Krankenkassen als Kostenträger können mit hierfür zugelassenen Leistungserbringern spezielle Verträge schließen. Ziel ist es, durch vernetzte Behandlungsstrukturen eine bessere Qualität zu erreichen und interdisziplinäre Hürden zu überwinden, um auf die besonderen Bedürfnisse bei der Patientenversorgung flexibel eingehen zu können.

Case Management: Leitliniengestützte, sektorenübergreifende und durch Fachkräfte unterstützte Versorgungsform, die sich auf Patienten oder kleine Patientengruppen bezieht und eine Verbesserung der Versorgung zum Ziel hat.

DIN: Deutsches Institut für Normung. Das Institut ist die nationale Normungsorganisation der Bundesrepublik Deutschland.

DIN EN ISO 9000 ff.: Diese internationale, erstmals Ende der Achtzigerjahre entwickelte Normenreihe gibt Empfehlungen und Standards zum Qualitätsmanagement (Organisation, Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen). DIN EN ISO 9000:2005 definiert Grundlagen und Begriffe. DIN EN ISO 9001:2008 legt Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung. DIN EN ISO 9004:2009 stellt einen Leitfaden zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen und einer durchgängigen Leistungsverbesserung in der Organisation dar. Vorgaben zur Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung gehören nicht zum Inhalt der Normen. Die Qualität des Produkts beziehungsweise der Dienstleistung sowie die zur Zielerreichung erforderlichen Unternehmensprozesse legt das zu zertifizierende Unternehmen fest. Akkreditierte Zertifizierungsstellen überprüfen im Rahmen einer Zertifizierung durch besonders geschulte Auditoren, ob die in DIN EN ISO 9001:2008 festgelegten Standards nachgewiesen werden können beziehungsweise ob in den folgenden Überwachungs- beziehungsweise Rezertifizierungsaudits die ständige Verbesserung nachgewiesen werden kann.

Disease-Management-Programme (DMP): Sektorenübergreifende Versorgungsform, die sich an Patientenpopulationen mit speziellen Risikokonstellationen richtet, deren Versorgung potenziell verbessert werden kann. Durch den Einsatz evidenzbasierter Leitlinien sowie durch die Eigeninitiative von Patientinnen und Patienten soll eine Verbesserung des Behandlungsergebnisses erreicht werden.

Effektivität: Wirksamkeit, also das Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden. Eine Maßnahme ist effektiv, wenn sie geeignet ist, das formulierte Ziel zu erreichen.

Effizienz: Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen. Eine Maßnahme ist effizient, wenn eine vorgegebene Wirkung mit dem geringstmöglichen Ressourceneinsatz erreicht oder alter-

nativ ihre Wirksamkeit bei vorgegebenen Ressourcen maximiert wird. Das bekannteste Instrument zur Effizienzbestimmung ist die Kosten-Wirksamkeits-Analyse.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss beschlossen, der sich paritätisch aus Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der KBV zusammensetzt. Aufsichtsbehörde ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Einzelfallprüfung durch Stichproben-/Dokumentationsprüfung: Die KVen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Entsprechend den jeweiligen Regelungen werden Unterlagen für eine Überprüfung zufällig ausgewählt. Das heißt, die KVen wählen von jedem Arzt, der die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden. Stichproben werden mit Hilfe statistischer Anwendungen immer dort gezogen, wo es aufgrund des Umfangs nicht möglich oder auch nicht notwendig ist, die Grundgesamtheit zu untersuchen. Um die einzelnen Elemente einer Stichprobe zu erhalten, stehen verschiedene Auswahlverfahren zur Verfügung. Es gibt zwei wesentliche Gütekriterien von Stichproben: die Repräsentativität und die Präzision, mit der auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn alle Elemente der Grundgesamtheit die gleiche Chance besitzen, in die Stichprobe zu gelangen. Die Präzision einer Aussage aufgrund einer Stichprobenuntersuchung ist abhängig von der Stichprobengröße. Je größer eine Stichprobe, desto genauer ist das Ergebnis auf die Grundgesamtheit übertragbar, eine 100-prozentige Sicherheit gibt es nicht. Bei der Wahl des Stichprobenverfahrens ist im Einzelfall zwischen der noch notwendigen Präzision der Ergebnisse und dem in diesem Zusammenhang zu leistenden Aufwand zur Durchführung der Stichprobenprüfung abzuwägen. Dieser Abwägung ist bei der Ergebnisbewertung Rechnung zu tragen. Gleichermaßen wie die Qualitätskriterien zur Beurteilung des Einzelfalls müssen die Kriterien zum Bestehen der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

EN: Europäische Norm

Ergebnisqualität: siehe Qualitätsdimensionen

Evaluation: Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (zum Beispiel Auswirkungen auf die Versorgung, auf das Wohlbefinden der Beteiligten, auf das ärztliche Selbstverständnis und so weiter) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien.

Evidenzbasierte Medizin (EbM): EbM ist die Synthese von individueller klinischer Expertise und der bestmöglichen externen Evidenz systematischer Forschung unter Einbeziehung von Präferenzen der behandelten Personen. Sie umfasst die Formulierung einer konkreten, beantwortbaren Fragestellung, die Suche nach der relevanten Evidenz in der klinischen Literatur, den Einsatz wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität der Studien und der Größe des beobachteten Effekts, individuelle Anwendung dieser Evidenz auf konkrete Patienten unter Berücksichtigung der eigenen klinischen Erfahrung und die anschließende Bewertung.

Feedback: Die Rückmeldung über das eigene Handeln und seine Ergebnisse als Teil eines Regelkreises. Es hat deutlichen Einfluss auf das künftige Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung. Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung in der Zytologievereinbarung, der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme.

Fortbildung: Vertragsärzte und -ärztinnen und Vertragspsychotherapeuten und -therapeutinnen unterliegen den Anforderungen ihrer Berufskammern, die unter anderem die regelmäßige Fortbildung als eine Säule der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Berufsausübung vorsehen. Diese Anforderungen sind fester Bestandteil der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Darüber hinaus müssen sie gegenüber der jeweils zuständigen KV nachweisen, dass sie innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren 250 Fortbildungseinheiten in verschiedenen Kategorien absolviert haben.

Frequenzregelungen: Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der eine Ärztin oder ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern, kann ein wesentlicher Qualitätsfaktor sein. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden Mindestmengen unter anderem für Leistungen der invasiven Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter) und für Koloskopien festgelegt. Die KVen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärztinnen und Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und die Ärztin oder der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen. Da mit der Festlegung einer Frequenz versucht wird, Erfahrungswissen zu operationalisieren, können die Grenzwerte oft nicht nach den Regeln der

evidenzbasierten Medizin eindeutig festgelegt werden, sondern sind konsensusgestützte Werte.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Genehmigungspflicht: Die Genehmigung der KV ist für eine Vielzahl von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen Voraussetzung für deren Durchführung und Abrechnung an gesetzlich Versicherten. Der Antragstellende muss beispielsweise anhand von Zeugnissen, Fortbildungs- und Weiterbildungsbescheinigungen oder Bestätigungen nachweisen, dass er die in der jeweiligen Vereinbarung oder Richtlinie festgelegte fachliche Befähigung sowie die organisatorischen, räumlichen, apparativ-technischen sowie hygienischen Voraussetzungen erfüllt.

GKV-Spitzenverband: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und gestaltet als Verhandlungspartner, beispielsweise in Verhandlungen mit der KBV und als Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

Health Technology Assessment (HTA): Evaluation eines medizinischen Verfahrens hinsichtlich des Nachweises seiner Sicherheit, absoluten Wirksamkeit, Kosten, Kosteneffektivität, Akzeptanz und juristischen sowie ethischen Implikationen, sowohl in absoluter Betrachtung als auch im Vergleich zu anderen damit konkurrierenden Verfahren. HTA ist eines der wichtigsten Instrumente der evidenzbasierten Medizin.

Hygieneprüfungen: Regelmäßige Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen sind Teil der Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie. Die Überprüfung der Hygiene bei Darmspiegelungen erfolgt zweimal im Jahr unangemeldet durch ein von der jeweiligen KV beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung des Arztes oder der Ärztin widerrufen.

Integrierte Versorgung: Mit dem zum 23. Juli 2015 in wesentlichen Teilen in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz (GKVVSG) wurden die an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch V geregelten selektiven Vertragsformen neu strukturiert und als „Besondere Versorgung" im neuen § 140a SGB V zusammengefasst. Die neuen Verträge nach § 140a SGB V lösen die Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGV V, die bisherigen Strukturverträge nach § 73a SGB V sowie die Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V ab. Die §§ 140b-d, 73a und 73c SGB V wurden aufgehoben. Näheres siehe unter „Besondere Versorgung"

ISO: Internationale Standardisierungsorganisation. Deutsches Mitglied ist das Deutsche Institut für Normung e. V. (DIN).

Kollektivvertrag: Die KBV oder regional die KVen schließen mit dem GKV-Spitzenverband oder Krankenkassen Verträge, um die ambulante Versorgung von gesetzlich Versicherten sicherzustellen. Der Bundesmantelvertrag ist ein Beispiel für einen Kollektivvertrag auf Bundesebene, in dem die Einzelheiten der Organisation der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt sind. Auf Landesebene können KVen und Krankenkassen unter anderem die Höhe der Gesamtvergütung für spezielle vertragsärztliche Leistungen vereinbaren. Die Teilnahme am Kollektivvertrag ist für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten verpflichtend. Die Abrechnung erfolgt über die KV.

Kolloquien: Maßnahme der Qualitätssicherung, die in der Umsetzung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Richtlinien und Vereinbarungen in der Hauptsache als Instrument zur Beratung und gegebenenfalls Prüfung vorgesehen ist.

KTQ®: Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Ein 1997 zunächst von der Bundesärztekammer und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen initiiertes, später unter Mitwirkung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und aller gesetzlichen Krankenkassen entwickeltes Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser, Arztpraxen, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Hospize und Rettungsdienste.

Leitlinien: Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

Medizinproduktegesetz (MPG): Deutsche Rechtsnorm, die drei EU-Richtlinien, die den Bereich der Medizinprodukte betreffen, verbindlich in nationales Recht umsetzt. Mit dem MPG sind die EU-Richtlinien für aktive implantierbare Geräte, für Medikalprodukte

und In-vitro-Diagnostika in nationales Recht verbindlich überführt.

Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV): Verordnung auf der Basis des Medizinproduktegesetzes, die Einzelheiten der Anwendung von Medizinprodukten regelt.

Nationale Versorgungsleitlinien: Nationale Versorgungsleitlinien sind ärztliche Entscheidungshilfen für die strukturierte medizinische sektorenübergreifende Versorgung auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz. Das deutsche Programm für nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) ist eine gemeinsame Initiative der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der KBV.

Nutzen: Wertbegriff, der entsprechend dem jeweiligen Messmodell objektiv (Kosten-Nutzen-Analyse: Geldeinheiten) oder subjektiv (Nutzwertanalyse: subjektive Nutzwerte) definiert ist.

Peer Review: Der Grundgedanke des Peer Reviews besteht darin, sich von Kollegen (speziell ausgebildeten Peers) in der Praxis besuchen und beobachten zu lassen. Im anschließenden kollegialen Gespräch wird das Praxishandeln kritisch reflektiert mit dem Ziel, zu lernen und sich zu verbessern. Als freiwillige Initiative ergänzt Peer Review das Portfolio ambulanter Qualitätsinstrumente.

Plausibilitätskontrolle: Überprüfung von Ergebnissen im Kontext anderer verfügbarer Angaben aus parallel oder schon früher erstellten Befunden (Befundmusterkontrolle, Trendkontrolle) sowie anhand von Grenzwerttabellen oder nach empirischen Regeln (Extremwertkontrolle, Regelprüfung). Die jeweiligen Entscheidungsgrenzen können nach sachlogischen Gesichtspunkten vorgegeben oder mit Hilfe explorativer Datenanalysen statistisch ermittelt werden. Plausibilitätskontrollen werden außerdem von den KVen jährlich bei mindestens zwei Prozent aller Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten hinsichtlich ihrer Honorarabrechnungen und Zeitprofile durchgeführt.

Praxisbegehungen: Regelmäßige Praxisbegehungen und damit verbundene Hygieneprüfungen sind in der vertragsärztlichen Versorgung in den Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie vorgeschrieben. Darüber hinaus gehören optionale Praxisbegehungen zu den Standardmaßnahmen der Qualitätssicherung und sind in fast allen Vereinbarungen vorgesehen. Sie dienen der Kontrolle, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den jeweiligen Anforderungen genügt.

Prozessqualität: siehe Qualitätsdimensionen

Qualität: Nach der DIN EN ISO 9000:2005 wird Qualität als „die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen" definiert. Diese abstrakte Definition wurde von Wilhelm van Eimeren konkretisiert als „das Verhältnis vom Machbaren bezogen auf das Erwünschte". Letztendlich geht es also bei der Qualitätssicherung darum, den Ist-Zustand mit einem zuvor definierten Soll-Zustand anhand geeigneter Messgrößen zu vergleichen. Anders ausgedrückt: Die Konformität mit den zuvor festgelegten Merkmalen ist nach Avedis Donabedian zu überprüfen. Wie dieser Soll-Zustand als Ausdruck der „guten Qualität" in der Gesundheitsversorgung näher zu definieren ist, mag dabei allerdings je nach Blickwinkel unterschiedlich bewertet werden.

Qualitätsdimensionen: Grad, in dem (je) ein Satz inhärenter Merkmale der Struktur, der Prozesse beziehungsweise des (Behandlungs-)Ergebnisses definierte Anforderungen erfüllt. Die international gebräuchliche Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als „Ebenen der Qualitätsbeobachtung und -beurteilung im Gesundheitswesen" geht auf Avedis Donabedian zurück. Demnach unterscheiden sich die drei Dimensionen wie folgt: Strukturqualität umfasst die Rahmenbedingungen, das Umfeld für die medizinische Versorgung, personelle und materielle Ressourcen, organisatorische und finanzielle Gegebenheiten einschließlich der Zugangsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten; Prozessqualität meint alle medizinischen/pflegerischen/therapeutischen Tätigkeiten, die zwischen Anbietern und Verbrauchern von Gesundheitsleistungen ablaufen; Ergebnisqualität beschreibt die dem medizinischen/pflegerischen/therapeutischen Handeln zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten einschließlich der von diesen Veränderungen ausgehenden Wirkungen. Siehe auch Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Qualitätsindikator: Quantitatives oder qualitatives Maß, welches die Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen zumeist durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt abbildet. Qualitätsindikatoren können einzelne Aspekte von Qualität transparent machen und damit auch Auffälligkeiten beziehungsweise potenzielle Qualitätsdefizite in die Aufmerksamkeit rücken. Sie können als Instrument zur Bewertung und zum Monitoring der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden, die sich auf das Behandlungsergebnis bei dem oder der Behandelten auswirken. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter beziehungsweise schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu werden anhand von Referenzwerten beziehungsweise Referenzbereichen Ausprägungen des Indikators definiert. Darüber hinaus müssen Qualitätsindikatoren – je nach Anwendung – den

Anforderungen der Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität genügen. Qualitätsindikatoren werden auch als qualitätsbezogene Kennzahlen beziehungsweise Qualitätskennzahlen bezeichnet.

Qualitätsmanagement: Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität, die üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung umfassen. Qualitätsmanagement umfasst demgemäß alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Erreichung und Verbesserung von Qualität. Dabei sind vielfältige Einflussmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere Aspekte der Wirtschaftlichkeit und der Gesetzgebung.

Qualitätssicherung: Unter Qualitätssicherung als Synonym für Qualitätszusicherung sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Versicherten und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen dahingehend schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt. In der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielte der Begriff Qualitätssicherung bisher eine zentrale Rolle für verschiedenste Aktivitäten. Traditionell wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen umfassen Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. Unter externer Qualitätssicherung werden insbesondere Qualitätssicherungsmaßnahmen mit externen Vergleichen verstanden. Dies ist für den ambulanten Bereich in der Hauptsache in den Disease-Management-Programmen umgesetzt. Insgesamt existiert eine Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Qualitätssicherungsbeauftragte: Die KV beruft eine Person als Qualitätssicherungsbeauftragte, die Ärzte in Fragen der Qualitätssicherung berät.

Qualitätssicherungskommissionen: Wesentlicher Bestandteil der Umsetzung der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstands mit einer professionellen Verwaltung. Die KVen richten dabei für die einzelnen Leistungsbereiche (zum Beispiel Radiologie oder Sonographie) Kommissionen ein, welche die Umsetzung der in den einzelnen Bereichen geltenden Richtlinien und Vereinbarungen unterstützen.

Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV: Die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V schaffen strukturelle Voraussetzungen durch eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung, durch das Berufen von Qualitätssicherungsbeauftragten in den KVen, das Einrichten von Qualitätssicherungskommissionen und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei den KVen. Als Verfahren zur Qualitätssicherung werden Qualitätszirkel, Ringversuche, Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben) und Kolloquien eingesetzt.

Qualitätszirkel: Ärztliche Qualitätszirkel sind auf freiwilliger Initiative gründende Foren für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmenden eine gegenseitige Supervision zum Ziel hat.

Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP®: Ein von der KBV und den KVen erarbeitetes modulares Konzept zur Implementierung eines Qualitätsmanagements in Arztpraxen. Es ermöglicht niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ein umfassendes Qualitätsmanagement auf der Basis eines Manuals einzuführen und es von einer Zertifizierungsstelle begutachten zu lassen.

Reliabilität: Zuverlässigkeit. Gütekriterium, das die Messgenauigkeit eines Verfahrens angibt. Im Hinblick auf menschliche Messungen wird zusätzlich von Objektivität beziehungsweise Interbeobachterübereinstimmung gesprochen.

Rezertifizierung: Verfahren der Qualitätssicherung, bei dem sich Ärzte in regelmäßigen Abständen einer Prüfung unterziehen müssen. Umgesetzt ist dieses Verfahren in der Vereinbarung zur kurativen Mammographie. Alle zwei Jahre müssen sich mammographierende Ärzte einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt ein Arzt die Anforderungen nicht und kann seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf er diese Leistung nicht mehr für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen.

Richtlinie: Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierten Institution konsentierte, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

Ringversuch: Externe Qualitätskontrollmethode. Die Qualität von Analysemethoden wird anhand von zugesandten Kontrollmaterialien überprüft. Die Überwachung von Ringversuchen im Laborbereich der am-

bulanten Versorgung obliegt zum Teil den KVen. Die erfolgreiche Teilnahme an den vorgeschriebenen Ringversuchen ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Laborleistungen bei den gesetzlichen Krankenkassen.

Standard: Eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsanforderungen. Allgemein werden hierunter Begriffe wie Maßstab, Norm, Richtschnur, Leistungs- und Qualitätsniveau verstanden. Die Wertigkeit und damit die Verbindlichkeit eines Standards entsprechen dem einer Richtlinie. Aus juristischer Sicht ist ein medizinischer Standard das, was auf dem betreffenden Fachgebiet dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und in der medizinischen Praxis zur Behandlung der jeweiligen gesundheitlichen Störung anerkannt ist.

Strukturqualität: siehe Qualitätsdimensionen

Validität: Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende Gütekriterium der Qualität einer empirischen Untersuchung. Zusammen mit den Kriterien der Reliabilität beziehungsweise der Objektivität können Aussagen zur Belastbarkeit einer wissenschaftlichen Feststellung getroffen werden.

Versorgungsforschung: Systematische Erforschung der medizinischen Versorgung unter Verwendung der Perspektiven der Epidemiologie, der Institutionen (Qualitätsmanagement, Medizinische Soziologie), der Gesundheitssystemforschung (Public Health), der Gesundheitsökonomie und der klinischen Fächer. Sie bedient sich quantitativer, qualitativer, deskriptiver, analytischer und evaluativer Methoden. Sie dient der Neuentwicklung theoretisch oder empirisch fundierter Versorgungskonzepte beziehungsweise der Verbesserung bereits vorhandener Konzepte.

Wirksamkeit: siehe Effektivität

Zertifizierung: Verfahren, in dem ein (unparteiischer) Dritter schriftlich bestätigt, dass ein Erzeugnis, ein Verfahren, eine Dienstleistung oder eine Organisation in ihrer Gesamtheit festgelegte Anforderungen erfüllt.

Modifizierter Auszug aus dem Glossar der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS) zum Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer, der KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2007

ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

	QS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
A	Abklärungskolposkopie	Jenny Klammer	210
	Akupunktur	Anette Winkler	244
	Ambulantes Operieren	Stefanie Moor	384
	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung	Kirsten Martensen	243
	Apheresen	Monika Schulz	383
	Arthroskopie	Anke Maaß	382
	Autogenes Training	Anke Voglau	377
B	Baby on Time	Caroline Janik	177
	Balneophototherapie	Anette Winkler	244
C	Chirotherapie	Anette Winkler	244
	Computertomographie	Martina Lanwehr	375
D	Diabetes	Manuela Ahrens	378
	Dialyse	Monika Schulz	383
	DMP Asthma	Manuela Ahrens	378
	DMP Brustkrebs	Manuela Ahrens	378
	DMP COPD	Manuela Ahrens	378
	DMP Diabetes Typ 1 und 2	Manuela Ahrens	378
	DMP KHK	Manuela Ahrens	378
	Dünndarm-Kapselendoskopie	Anke Maaß	382
E	Entwicklungsneurologie	Anke Voglau	377
F	Facharztvertrag chronische Wunde	Marie Krethe	385
	Früherkennungsuntersuchung	Caroline Janik	177
	Funktionsstörung der Hand	Anke Maaß	382
G	Genetische Beratung	Silke Seemann	387
	Geriatrie	Anke Voglau	377
	Gesund schwanger	Caroline Janik	177
	Gestationsdiabetes	Manuela Ahrens	378
	Glukosemessung Real-Time-Messgerät	Manuela Ahrens	378
H	Hallo Baby	Caroline Janik	177
	Hausarztzentrierte Versorgung	Caroline Janik	177
	Hautkrebsscreening	Kirsten Martensen	243
	Hepatitis C	Caroline Janik	177
	Histopathologie – Hautkrebsscreening	Silke Seemann	387
	HIV/Aids	Jenny Klammer	210
	Holmium-, Thuliumlaser	Stefanie Moor	384

ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

	QS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
	Homöopathie	Caroline Janik	177
	Hörgeräteversorgung	Stefanie Moor	384
	Humangenetik	Silke Seemann	387
	Hygiene/Aufbereitung Medizinprodukte	Silke Seemann/ Stefanie Moor	387 384
	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	Manuela Ahrens	378
	Hypnose	Anke Voglau	377
I	**Interventionelle Radiologie**	Martina Lanwehr	375
	Intravitreale Medikamenteneingabe	Anke Maaß	382
	Invasive Kardiologie	Caroline Janik	177
K	**Koloskopie**	Anke Maaß	382
	Krebsregister	Kirsten Martensen	243
L	**Labor**	Silke Seemann	387
	Langzeit-EKG	Caroline Janik	177
	Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms	Stefanie Moor	384
M	**Mammographie (kurativ)**	Martina Lanwehr	375
	Mammographie-Screening	Martina Lanwehr	375
	Medikationskonsil	Caroline Janik	177
	Molekulargenetische Untersuchung	Silke Seemann	387
	MRSA	Silke Seemann	387
	MRT/MR-Mamma/MRA	Martina Lanwehr	375
N	**Neugeborenenscreening**	Silke Seemann	387
	Neuropsychologie	Anke Voglau	377
	Nuklearmedizin	Martina Lanwehr	375
O	**Onkologie-Vereinbarung**	Kirsten Martensen	243
	Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme	Kirsten Martensen	243
	Osteodensitometrie	Martina Lanwehr	375
	Otoakustische Emission	Stefanie Moor	384
P	**Palliativversorgung**	Anke Voglau	377
	PDT/PTK	Anke Maaß	382
	PET/CT	Martina Lanwehr	375
	Pflegeheim	Jenny Klammer	210
	Physikalisch-medizinische Leistungen	Anette Winkler	244
	Polygraphie/Polysomnographie	Anke Voglau	377

TEL.: 0385.7431- ...

	QS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
	Praxisassistenten	Marie Krethe	385
	Praxisnetze	Jenny Klammer	210
	Präexpositionsprophylaxe	Jenny Klammer	210
	Proktologie	Anke Maaß	382
	Progressive Muskelrelaxation	Anke Voglau	377
	Psychosomatische Grundversorgung	Anke Voglau	377
	Psychotherapie	Anke Voglau	377
	Psychotherapie Informationsstelle	Silvia Floß	244
Q	**Qualitätsmanagement**	Manuela Ahrens Stefanie Moor	378 384
	Qualitätsbericht	Kirsten Martensen	243
	Qualitätszirkel	Silvia Floß	244
R	**Radiologie**	Martina Lanwehr	375
	Reproduktionsmedizin	Silke Seemann	387
	Rhythmusimplantat-Kontrolle	Caroline Janik	177
S	**Sektorenübergreifende Qualitätssicherung**	Monika Schulz	383
	Schmerztherapie	Stefanie Moor	384
	Sozialpsychiatrie	Anke Voglau	377
	Sozialpädiatrie	Anke Voglau	377
	Soziotherapie	Anke Voglau	377
	Stoßwellenlithotripsie	Monika Schulz	383
	Strahlentherapie	Martina Lanwehr	375
	Substitutionsbehandlung	Jenny Klammer	210
	Suchtvereinbarung	Jenny Klammer	210
T	**Transurethrale Botolinumunjektion**	Stefanie Moor	384
U	**Ultraschall**	Marion Rothe	376
V	**Vakuumbiopsie der Brust**	Martina Lanwehr	375
	Vernetzte Versorgung	Caroline Janik	177
V	**Willkommen Baby**	Caroline Janik	177
Z	**Zytologie**	Silke Seemann	387
	Zweitmeinung	Manuela Ahrens	378

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Straße 22 · 19057 Schwerin · Telefon: 0385.7431-0 · Fax: 0385.7431-222 · E-Mail: info@kvmv.de · www.kvmv.de